

HUGUES GRENIER

**LES ÉVÉNEMENTS DE VIE FAMILIALE, LES RÉPONSES D'ADAPTATION
ET L'ADOPTION DE CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ
LES FAMILLES SURVIVANTES AU SUICIDE**

Thèse
présentée
à la Faculté des Études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL

UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

Juin 1994





BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

RÉSUMÉ

Les connaissances accumulées jusqu'à maintenant sur les réactions des survivants au suicide d'un proche suggèrent qu'ils forment un groupe plus à risque que les autres de se suicider. Les facteurs les plus souvent évoqués pour tenter d'expliquer ce phénomène sont liés aux réactions de deuil consécutives à la perte par suicide. Cependant, bien que plusieurs études aient fait un lien entre le suicide et certains facteurs d'ordre familial, peu d'études ont relié la conduite suicidaire des survivants à des facteurs tels que l'accumulation des événements de vie familiale et les réponses d'adaptation aux tensions suscitées par ces événements. Afin de cerner la nature des tensions et le type de réponses apportées par les familles pour y faire face, nous avons évalué chez un groupe de survivants ayant adopté une conduite suicidaire, le poids des tensions accumulés au cours des 12 mois précédant l'étude et leurs résultats ont été comparés avec ceux d'un groupe de comparaison.

L'emploi de deux mesures d'évaluation a permis d'observer chez les sujets avec conduite suicidaire, la présence d'un poids de tensions familiales plus élevé que la moyenne observée chez les sujets du groupe de comparaison, et un répertoire de réponses d'adaptation plus bas. L'étude conclut prudemment que le suicide d'un membre de la famille n'est pas en soi un facteur de risque favorisant l'adoption d'une conduite suicidaire, sinon vu sous l'angle d'un stress important parmi d'autres. L'idée de suicide apparaîtrait chez le survivant en guise de réponse aux tensions qu'il vit, mais seulement en l'absence de réponses plus adaptées. Les résultats de l'étude statistique sont complétés par une analyse de contenu de cinq entrevues menées auprès des sujets de l'étude. Cette analyse souligne le sentiment d'ambivalence qui subsiste chez les sujets entre leur désir de vivre et celui de mourir. Cette étude permettra d'intégrer des éléments nouveaux dans les programmes d'intervention et de prévention offerts par les groupes communautaires aux survivants du suicide.

RÉSUMÉ

Les connaissances accumulées jusqu'à maintenant sur les réactions des survivants au suicide d'un proche suggèrent qu'ils forment un groupe plus à risque que les autres de se suicider. Les réactions de deuil consécutives à la perte par suicide sont souvent évoquées pour essayer de comprendre ce phénomène. La présente étude tente de relier la conduite suicidaire des survivants à d'autres facteurs que le deuil, notamment aux poids des tensions accumulées au cours des derniers mois et aux réponses d'adaptation utilisées pour y faire face.

Les résultats obtenus amènent à conclure prudemment que le suicide d'un membre de la famille n'est pas en soi un facteur de risque favorisant l'adoption d'une conduite suicidaire, sinon vu sous l'angle d'un stress important parmi d'autres. L'idée de suicide apparaîtrait chez le survivant en guise de réponse aux tensions et ce, en l'absence de réponses plus adaptées. L'analyse statistique est complétée par une analyse de contenu, laquelle fait ressortir l'ambivalence des survivants face à la mort. Cette étude permettra d'intégrer des éléments nouveaux dans les programmes d'intervention.

AVANT-PROPOS

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de cette recherche et je désire les en remercier vivement.

Le Docteur Paul-G. Dionne, coroner en chef adjoint, le docteur Jean-Marc Fréchette et Monsieur Louis Métivier, du Bureau du Coroner de Québec, qui m'ont grandement facilité la tâche en me donnant accès aux archives des coroners.

Monsieur Hamilton I. McCubbin, doyen à l'Université du Wisconsin-Madison qui m'a permis de traduire et d'utiliser les échelles de mesures des événements de vie familiale et des réponses d'adaptation au stress.

Tous les participants qui ont collaboré à l'étude et sans qui rien n'aurait été possible.

Les membres du comité de thèse, Mesdames Francine Ouellet, Estelle Hopmeyer et Marie Simard qui m'ont bien entouré tout au long de la recherche.

Madame Francine Gauthier de Télébec qui a été une précieuse collaboratrice pour le développement de la liste de participants du groupe contrôle de l'étude.

Monsieur Bruno Bégin, «petit génie» de l'informatique pour qui l'ordinateur est un jeu et qui a contribué à plusieurs reprises à me sortir de l'impasse.

Madame Francine Ouellet qui a dirigé cette recherche du début à la fin. Son sens pratique, sa vivacité d'esprit, la justesse de son analyse et son adresse à transmettre ses commentaires m'ont permis de terminer ce travail «sans fin».

Un merci tout spécial à Céline Pronovost-Grenier. Elle m'a apporté tout au long de ce travail, avis, conseils et support. C'est elle qui a fait tout le montage technique de l'étude. Elle a démontré une patience et une endurance à toute épreuve.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
RÉSUMÉ	i
AVANT-PROPOS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I: OBJET DE L'ÉTUDE	4
1. Importance du phénomène du suicide	5
2. Profil et caractéristiques de la région de l'Abitibi-Témiscamingue	10
3. Objectifs et questions de recherche	15
4. Pertinence de l'étude	16
CHAPITRE II: LA RECENSION DES ÉCRITS	18
1. Approches du phénomène du suicide	19
1.1 Les approches philosophique et théologique	21
1.2 Les approches légale et morale	21
1.3 L'approche socio-culturelle	22
1.4 L'approche sociologique	22
1.5 Les approches diadique, interpersonnelle et familiale	23
1.6 L'approche de la théorie des systèmes	23
1.7 L'approche psycho-dynamique	24
1.8 L'approche psychologique	24
1.9 L'approche psychiatrique et de la maladie mentale	25
1.10 Les approches de la constitution et la génétique	25
1.11 L'approche biologique et biochimique	26
1.12 L'approche documentaire	26
1.13 L'approche démographique	27
1.14 Les approches politique, globale et supra-nationale	27
1.15 L'approche de prévention	27

2.	Réactions des survivants au suicide d'un membre de la famille	29
2.1	La position des survivants au sein de la famille	29
2.2	Les facteurs familiaux	30
2.3	Réactions de deuil des survivants	35
CHAPITRE III: CADRE THÉORIQUE		41
1.	Synthèse des principaux résultats des études sur les facteurs associés au suicide	42
2.	Modèles d'analyse existants	43
3.	Le modèle Double ABC-X des stresseurs familiaux	46
4.	Les réponses d'adaptation des familles au stress: le modèle F-Copes . .	51
5.	Hypothèses de recherche	54
6.	Définition des principaux concepts	56
6.1	Concept de pile-up ou d'accumulation des événements ou changements de la vie familiale	56
6.2	Stresseur normatif et non normatif	57
6.3	Stress familial	57
6.4	Crise et crise familiale	58
6.5	Réponses d'adaptation au stress	58
6.6	Famille	59
6.7	Stades de développement	59
6.8	Niveau de stress	60
6.9	Suicide	60
6.10	Famille survivante	61
6.11	Processus suicidaire	61
CHAPITRE IV: MÉTHODOLOGIE		69
1.	Le devis	70
2.	Le volet quantitatif	72
2.1	Population à l'étude	73
2.2	Recrutement	76
2.3	Questionnaire	82
2.4	Validation des échelles utilisées	85

3.	Le volet qualitatif	87
3.1	Population à l'étude	87
3.2	Recrutement	87
3.3	Entrevue	88
4.	Le traitement de l'ensemble des données	94
5.	Les limites de l'étude	96
CHAPITRE V: PROFIL GÉNÉRAL DES RÉPONDANTS		98
1.	Les caractéristiques de tous les répondants de l'étude	99
1.1	Les caractéristiques au plan personnel	100
1.2	La situation familiale	101
1.3	La situation d'emploi et le statut socio-économique	103
1.4	La situation d'appartenance au territoire de l'Abitibi-Témiscamingue	105
1.5	Les antécédents de suicide dans la famille d'origine des répondants ou dans la famille du conjoint	108
1.6	Les répondants qui ont observé une conduite suicidaire dans leur famille	109
2.	Caractéristiques des personnes décédées par suicide dans la famille des répondants du groupe cible	110
3.	Les caractéristiques des répondants du groupe cible ayant une conduite suicidaire	114
3.1	Les caractéristiques au plan personnel	114
3.2	La situation familiale	116
3.3	La situation d'emploi et le statut socio-économique	118
3.4	La situation d'appartenance au territoire de l'Abitibi- Témiscamingue	119
3.5	Caractéristiques des personnes décédées par suicide dans les familles des répondants avec conduite suicidaire ...	121
3.6	Les antécédents de suicide dans les familles d'origine ou dans la famille du conjoint des répondants avec conduite suicidaire	124

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Taux de suicide par 100 000 habitants, âgés de 10 ans et plus, selon le sexe au Québec et au Canada, de 1960 à 1985	5
1.2 Taux de suicide par 100 000 habitants selon les régions du Québec pour la période de 1986-1988	8
1.3 Nombre de décès par suicide dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue (08) pour la période de 1986 à 1991	9
1.4 Les MRC, région administrative 08, Abitibi-Témiscamingue, 1986	12
1.5 Caractéristiques de la région de l'Abitibi-Témiscamingue	13
1.6 Répartition de la population active de l'Abitibi-Témiscamingue selon les secteurs (année 1991)	14
2.1 Les approches du suicide, les thèmes abordés et les auteurs des approches (liste non exhaustive des auteurs)	20
4.1 Nombre de familles rejointes pour l'étude	78
4.2 Échantillon du groupe de comparaison choisi selon le nombre de répondants désirés, selon la population (ayant un téléphone) des MRC et au hasard	79
4.3 Nombre de répondants avec conduite suicidaire dans les familles des groupes cible et de comparaison	81
4.4 Plan de catégorisation de 5 entrevues avec des sujets ayant manifesté une conduite suicidaire au cours des 12 mois précédant l'étude	91
4.5 Caractéristiques des sujets interrogés	93
4.6 Caractéristiques des sujets interrogés, en complément du tableau 4.5	93
4.7 Objectifs spécifiques, instruments de mesure et test statistique	95

Tableau	Page
5.1 Caractéristiques personnelles: l'âge, le statut civil, le sexe et la scolarité	101
5.2 Caractéristiques de la vie familiale: enfants à la maison et stade du cycle de la vie familiale	102
5.3 Caractéristiques de la situation d'emploi et le statut socio-économique	104
5.4 Caractéristiques de la situation d'appartenance au territoire de l'Abitibi-Témiscamingue: le nombre d'années sur le territoire et dans la localité, le milieu de vie rural ou urbain et la MRC de résidence	106
5.5 Le type de logement	107
5.6 Les antécédents de suicide dans la famille d'origine ou celle du conjoint	108
5.7 Répondants qui ont observé une conduite suicidaire dans leur famille au cours des 12 derniers mois	109
5.8 Répondants qui ont eux-mêmes une conduite suicidaire et type de conduite	110
5.9 Caractéristiques des personnes décédées par suicide dans la famille des répondants du groupe cible selon le nombre, l'âge, le sexe, le statut civil et le lien avec le répondant	111
5.10 Nombre d'années écoulées depuis le suicide et rang occupé par le défunt dans la famille du répondant	112
5.11 Nouvelle répartition des répondants avec et sans conduite suicidaire selon le groupe cible et le groupe de comparaison	114
5.12 Caractéristiques des répondants avec conduite suicidaire du groupe cible au plan personnel: l'âge, le statut civil, le sexe, la scolarité	116

Tableau	Page
5.13 Caractéristiques des répondants avec conduite suicidaire du groupe cible au plan familial: le nombre d'enfants dans la famille et à la maison et stade de vie familiale	117
5.14 Caractéristiques des répondants avec conduite suicidaire du groupe cible au plan de la situation d'emploi et de la situation socio-économique	119
5.15 Caractéristiques des répondants avec conduite suicidaire du groupe cible au plan de la situation d'appartenance au territoire de l'Abitibi-Témiscamingue	120
5.16 Caractéristiques des répondants avec conduite suicidaire du groupe cible au plan du type de logement habité	121
5.17 Caractéristiques des personnes décédées par suicide dans les familles dont le répondant a une conduite suicidaire	123
5.18 Caractéristiques des répondants avec conduite suicidaire du groupe cible au plan des antécédents de suicide dans la famille d'origine et celle du conjoint	125
5.19 Caractéristiques des répondants avec conduite suicidaire du groupe cible au plan du lien de parenté entre les répondants et les personnes décédées par suicide dans les familles d'origine et du conjoint	126
6.1 Données comparatives des moyennes obtenues à l'échelle des événements et changements familiaux et des réponses d'adaptation des groupes cible et de comparaison et des moyennes obtenues par les auteurs des échelles FILE et F-COPES	136
6.2 Événements et changements familiaux dans les familles du groupe cible et du groupe de comparaison	137
6.3 Réponses d'adaptation dans les familles du groupe cible et du groupe de comparaison	138
6.4 Normes comparatives pour l'accumulation de tensions au cours du cycle de vie familiale (niveau de tension)	138

Tableau	Page
6.5 Événements et changements familiaux dans les familles sans conduite suicidaire dans le groupe cible (SURV-NS) versus le groupe de comparaison (COMP-NS), selon le poids des tensions . . .	141
6.6 Réponses d'adaptation dans les familles sans conduite suicidaire dans le groupe cible (SURV-NS) versus le groupe de comparaison (COMP-NS)	142
6.7 Événements et changements familiaux dans les familles avec conduite suicidaire du groupe cible (SURV-S) versus les familles sans conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS)	144
6.8 Réponses d'adaptation dans les familles avec conduite suicidaire du groupe cible (SURV-S) versus les familles sans conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS)	146
6.9 Événements et changements familiaux dans les familles avec conduite suicidaire du groupe cible (SURV-S) versus les familles sans conduite suicidaire du groupe cible (SURV-NS), selon le poids des tensions . .	147
6.10 Réponses d'adaptation dans les familles avec conduite suicidaire (SURV-S) du groupe cible versus les familles sans conduite suicidaire du groupe cible (SURV-NS)	148
6.11 Événements et changements familiaux dans les familles avec conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-S) versus les familles sans conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS)	151
6.12 Réponses d'adaptation dans les familles avec conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-S) versus les familles sans conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS)	152
6.13 Événements et changements familiaux dans les familles avec conduite suicidaire dans le groupe cible (SURV-S) versus le groupe de comparaison (COMP-S)	154
6.14 Réponses d'adaptation dans les familles avec conduite suicidaire (SURV-S) dans le groupe cible versus le groupe de comparaison (COMP-S)	155
7.1 Fréquence des réponses pour chaque thème, par sujet et pour l'ensemble des sujets	162
7.2 Propos des sujets avec conduite suicidaire	183

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
3.1	Modèle Double ABC-X, des stressseurs et des tensions familiales 50
3.2	Combinaison des modèles DOUBLE ABC-X et F-COPES 53
3.3	Variables de la recherche 55
3.4	Un modèle cubique théorique du suicide 62
3.5	Développement de la crise 65
3.6	Le processus suicidaire à partir du concept de crise 66
4.1a	Devis groupe statique de comparaison 73
4.1b	
et	
Illustration	
1.1	Localisation de l'Abitibi-Témiscamingue 11

INTRODUCTION

Les survivants au suicide sont nombreux au Canada; on en évalue le nombre annuellement entre 40 et 50 000 (Groupe d'étude sur le suicide au Canada, 1987), et le risque de suicide chez ces personnes est 9 fois plus élevé que dans la population en général (Giffin et Felsenthal, 1983 cités dans Groupe d'étude au Canada, 1987: 40), c'est donc dire que l'impact sur la famille est important. Shneidman (1969) a estimé que chaque suicide affecte intimement au moins six (6) personnes.

A l'occasion de cours de formation offerts dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue à des bénévoles intervenants auprès de personnes suicidaires, un point a frappé les formateurs: un certain nombre d'étudiants, représentant parfois le tiers du groupe, a rapporté lors d'échanges, suivant des exercices sur la relation d'aide, avoir déjà vécu l'expérience du suicide dans leur famille et craignait de répéter le même geste. Ces étudiants éprouvaient de la difficulté à expliquer leur crainte. Par contre, ils se sentaient menacés et marqués par cette expérience.

Les questions que nous nous sommes posées lorsque nous avons pris connaissance de ces éléments ont été les suivantes. La conduite suicidaire est-elle le reflet du geste suicidaire posé par le suicidé, ou est-elle le reflet du processus qui a conduit au suicide le membre de la famille? Si c'est la répétition du processus suicidaire, quel est ce processus, quelles sont ses composantes et quelle est sa dynamique? Quel est le rôle joué par la famille? La compréhension de ces facteurs aidera à mieux comprendre la répétition ou la reproduction du geste suicidaire et à mieux le prévenir.

La réflexion poursuivie nous a amenés à se demander si c'était le premier suicide qui induisait la conduite suicidaire chez certains survivants ou si ces derniers répondaient de cette façon parce qu'ils réagissaient eux aussi à des influences (stress, contraintes) qui pouvaient s'apparenter à celles qu'avait subi le membre de la famille qui s'était suicidé.

Deux séries de facteurs principaux sont apparues au départ à investiguer. Une première série de facteurs rattache la conduite suicidaire du survivant au geste du suicidé lui-même. Dans cette optique, le lien recherché concerne tout autant le geste lui-même que la signification du geste pour le survivant, à la lumière du geste du suicidé. Répète-t-il le comportement du proche qui s'est suicidé parce qu'il s'identifie à lui, parce qu'il est incapable de s'en détacher, parce que la vie lui apparaît vide de sens en son absence, et qu'il veuille aller le rejoindre? S'agit-il alors d'une réaction de deuil normale ou pathologique, d'une réponse mal ou bien adaptée à la crise déclenchée par le décès.

Une deuxième série de facteurs à investiguer rattache la conduite suicidaire, non au défunt lui-même, mais plutôt au processus qui a pu le conduire à adopter le suicide comme solution à ses problèmes. Cette investigation a été conduite dans le cadre de la gestion des événements et des changements de la vie familiale qui sont reliés à la dynamique familiale dans laquelle le suicidé a sans doute baigné avant d'accomplir son geste, et surtout, nous avons regardé les modes d'adaptation choisis par les individus survivants qui manifestent une conduite suicidaire. Dans ce sens, ont été recherchés et identifiés, les événements de vie qui provoquent des tensions chez les membres de la famille, de même que les réponses d'adaptation avec lesquelles les membres de la famille tentent actuellement de répondre à l'ensemble des tensions qui la confronte.

L'intention de cette recherche est d'aller plus loin et d'explorer la question du risque suicidaire dans les familles touchées par le suicide d'un proche. Pour ce faire, il

apparaît important de mettre en évidence les facteurs d'influence qui apparaissent dans la vie des survivants et qui les amènent à adopter eux-mêmes une conduite suicidaire, (idéation, tentative de suicide). Parmi ces facteurs, une attention particulière est accordée aux tensions et facteurs d'adaptation. L'objectif de la recherche est donc d'identifier les tensions familiales et les réponses d'adaptation existant chez les membres de la famille survivante à un suicide et de déterminer leur relation avec la conduite suicidaire. Cette recherche s'intéresse à la conduite suicidaire vue sous l'angle des tensions familiales accumulées et de la gestion de ces tensions. Une meilleure compréhension de ces facteurs aidera à prévenir la conduite suicidaire chez les survivants.

Le premier chapitre traite de la problématique du suicide au Québec et dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, lieu de l'étude. Le deuxième chapitre résume les différentes approches du suicide et examine différents aspects de la conduite suicidaire chez les survivants. Le troisième chapitre présente le modèle Double ABC-X, le cadre d'analyse de l'étude, les hypothèses de recherche et les principaux concepts utilisés, tandis que le quatrième chapitre décrit la méthodologie mixte utilisée soit la méthodologie quantitative et la méthodologie qualitative. Le chapitre cinq dégage le profil général des répondants. Le chapitre six présente les résultats et les analyses pour chacune des hypothèses établies au début de l'étude alors que le chapitre sept apporte des précisions sur les motifs qui ont pu amener certains des répondants à vouloir se suicider. Enfin, le chapitre huit résume l'étude, discute des résultats et analyse les pistes qu'elle entrouve dans le domaine de la recherche et de l'intervention.

CHAPITRE I

OBJET DE L'ÉTUDE

Tel qu'énoncé dans l'introduction, ce chapitre présente la problématique générale du suicide au Québec et dans la région où se déroule l'étude, un portrait de l'Abitibi-Témiscamingue, les principales questions à l'étude et la pertinence de la recherche dans le champ des services sociaux et celui de la recherche. Mais avant d'aller plus loin, quelle est l'importance du suicide au Québec et au Canada? Qui est le plus susceptible de se suicider et dans quelle région du Québec le suicide est-il le plus élevé? La prochaine section répond à ces questions.

1. Importance du phénomène du suicide

De 1960 à 1985, le suicide a fait un bon spectaculaire de **342 %** au Québec, passant de 5 à 17,1 suicides par 100 000 habitants comparativement à l'ensemble du Canada qui lui a fait un bond quand même considérable de **170 %** passant de 7,6 à 12,9 suicides par 100 000 habitants (tableau 1.1).

TABLEAU 1.1

Taux de suicide par 100 000 habitants, agés de 10 ans et plus, selon le sexe au Québec et au Canada, de 1960 à 1985 ¹

ANNEE	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	Québec	Canada	Québec	Canada	Québec	Canada
1960	7,7	12,0	2,2	3,0	5,0	7,6
1965	7,6	12,9	3,8	4,5	5,7	8,8
1970	13,3	16,2	4,6	6,4	9,0	11,3
1975	13,4	17,8	5,3	6,8	9,3	12,3
1980	23,3	21,3	6,9	6,8	15,0	14,0
1985	27,2	20,5	7,3	5,4	17,1	12,9
Augmentation depuis 1960	350 %	170 %	330 %	180 %	342 %	170 %

¹ Données tirées de: Le suicide au Canada, rapport du Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1987);

Comme en témoigne le tableau 1.1, le taux de suicide a connu proportionnellement la même remontée chez les femmes que chez les hommes (durant cette période) au Québec et au Canada. Au Québec, le taux par 100 000 habitants est passé de 2,2 à 7,3 chez les femmes et de 7,7 à 27,2 chez les hommes, soit une progression de 330 % chez les femmes et de 350 % chez les hommes.

L'Association québécoise de suicidologie (1990), a fait sur la situation du suicide au Québec, une série de constatations intéressantes.

- ▶ Le taux de suicide a continué d'augmenter au Québec de 1978 à 1987 et l'écart entre le Québec et l'ensemble du Canada suit une tendance à la hausse;
- ▶ Cette augmentation globale des taux de suicide au Québec de 1978 à 1987 est attribuable davantage à la hausse des taux chez les hommes;
- ▶ Le rapport moyen entre les taux de suicide chez les hommes et chez les femmes, de 1978 à 1987, se situe à trois pour un;
- ▶ Les taux de suicide ont continué d'augmenter de 1978 à 1987 particulièrement chez les jeunes de 15 à 21 ans, chez les 30-50 ans et chez les personnes âgées de 70 à 80 ans;
- ▶ Ces taux augmentent plus vite au Québec qu'au Canada pour la période étudiée (1978 à 1987) chez les 15-19 ans, les 20-24 ans, les 30-34 ans et les 35-39 ans;
- ▶ Huit régions sur dix au Québec ont connu une hausse remarquable du taux de suicide sur une période de dix ans (1978-1988);

- ▶ En 1988, quatre régions ont un taux de suicide complété de plus de 20/100 000 habitants. Ces régions sont: Trois-Rivières, l'Estrie, l'Outaouais et l'Abitibi-Témiscamingue;
- ▶ Les méthodes de suicide privilégiées au Québec par les hommes sont, dans l'ordre: la pendaison, l'arme à feu et l'intoxication médicamenteuse; les femmes québécoises utilisent davantage l'intoxication médicamenteuse, la pendaison et ensuite, de façon presque égale, les armes à feu et la chute;
- ▶ Pour chaque suicide complété, il y aurait, selon une estimation conservatrice, 50 tentatives de suicide. Ainsi en 1987-88, il y a eu au Québec, 1 074 suicides complétés, donc 53 700 tentatives de suicide. Ramené à un ratio quotidien, il y aurait eu 3 suicides par jour et 147 tentatives de suicide par jour;
- ▶ Près de 4 % de la population québécoise a pensé mettre fin à sa vie au cours des douze mois qui ont précédé l'Enquête Santé Québec (1987). Cette enquête estime à 189 542 au Québec, le nombre de personnes ayant eu des idéations suicidaires pour la période étudiée;
- ▶ Une personne sur 10 au Québec a pensé sérieusement à se suicider au cours de sa vie;
- ▶ Ce sont les 15-24 ans (hommes et femmes) qui indiquent une plus forte prévalence d'idéations suicidaires;
- ▶ On estime que pour l'année 1986, environ 776 835 personnes au Québec ont été touchées par le suicide ou la tentative de suicide d'un proche.

La région de l'Abitibi-Témiscamingue où la présente étude s'est déroulée, détient avec quelques autres régions du Québec un taux de suicide élevé.

Il est possible de constater au tableau 1.2 que le taux de suicide pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, pour la période 1986-1988, bien qu'élevé, est précédé de la région du Nord du Québec et de celle de l'Outaouais; il se situe donc au troisième rang pour cette période et il présente un taux inférieur à celui du Nord du Québec. Cependant, il faut considérer avec une extrême prudence les données du Nord du Québec parce que les taux sont calculés sur un très faible bassin de population.

TABLEAU 1.2

Taux de suicide par 100 000 habitants
selon les régions du Québec pour la période de 1986-1988 ²

	1986	1987	1988	Taux moyen
Nord du Québec	39,4	55,2	15,8	36,80
Outaouais	24,4	23,7	23,0	23,70
Abitibi-Témiscamingue	18,5	22,5	28,7	23,23
Trois-Rivières	15,4	23,5	21,7	20,20
Québec	16,0	21,8	17,2	18,30
Estrie	17,4	10,4	22,8	16,86
Montréal	16,0	17,4	15,9	16,43
Saguenay, Lac-St-Jean	13,7	17,0	16,0	15,50
Bas-St-Laurent	13,0	18,1	14,3	15,30
Côte-Nord	10,6	14,5	14,5	13,20

Le tableau 1.3 indique pour les années 1986 à 1991 en Abitibi-Témiscamingue, une certaine fluctuation dans le nombre de suicides selon les années. Ainsi, l'année 1986 dénombre 27 suicides et l'année 1991, 41. La moyenne de ces six années est de 36,3. Lorsque transformés en taux par 100 000 habitants, ces chiffres indiquent un taux de

² Source: Rapport annuel du Coroner (1978,1988) et Bureau de la Statistique du Québec. Tiré du Rapport de l'Association québécoise de suicidologie, 1990;

variation de 18,5/100 000 habitants en 1986 à 27,9 en 1991. Le taux moyen est de 24,7.

Pendant cette dernière période le taux de suicide au Québec a évolué: il est passé de 17,6 en 1986 à 19,38 en 1991 pour un taux de 18,5/100 000 pour ces années. Il existe donc entre le taux québécois et celui de l'Abitibi-Témiscamingue, un écart de 6,2. Cette différence est importante.

TABLEAU 1.3

Nombre de décès par suicide dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue (08) pour la période de 1986 à 1991 ³

Année	Nombre	Taux par 100 000 habitants ⁴	Taux estimé au Québec ⁵	Écart avec le taux du Québec
1986	27	18,5	17,60	0,9
1987	33	22,5	17,90	4,6
1988	42	28,5	18,27	10,2
1989	35	23,5	18,64	4,7
1990	40	27,3	19,01	8,3
1991	41	27,9	19,38	8,5
TOTAL	218			
Moyenne	36,3	24,7	18,50	6,2

En Abitibi-Témiscamingue, on dénombre 218 suicides au cours des six années de l'étude (tableau 1.3). En se basant sur l'estimation de Shneidman (1969) selon

³ Les taux ont été calculés sur la population de l'Abitibi-Témiscamingue en 1986: 146 730, selon Statistiques Canada, chiffres de population et du logement, recensement avril 1992;

⁴ Source des données: Bureau du Coroner, 1992;

⁵ Données estimées à partir du rapport de l'Association québécoise de suicidologie, 1990. Le taux de suicide au Québec était de 17,6 en 1986. Ces valeurs ont été estimées à partir d'une progression moyenne de 0,37 par année au cours des dix dernières années rapportées par cette étude;

laquelle chaque suicide affecte au moins six personnes, plus de 1 300 personnes sont des survivants du suicide dans cette région, ce qui est considérable.

Comme cette étude a été réalisée dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue et que l'échantillon entier a été choisi parmi les familles ayant vécu un suicide, il est apparu utile de présenter un court portrait de cette région et de ses habitants.

2. Profil et caractéristiques de la région de l'Abitibi-Témiscamingue

La région administrative de l'Abitibi-Témiscamingue s'étend sur une superficie de 116 500 kilomètres carrés. Près de cent cinquante mille habitants (150 000) sont répartis le long de ses axes de peuplement. Cependant, plus de 60 % de la population vit dans les principales villes de la région. L'Abitibi-Témiscamingue est située dans le nord-ouest du Québec (illustration 1.1).

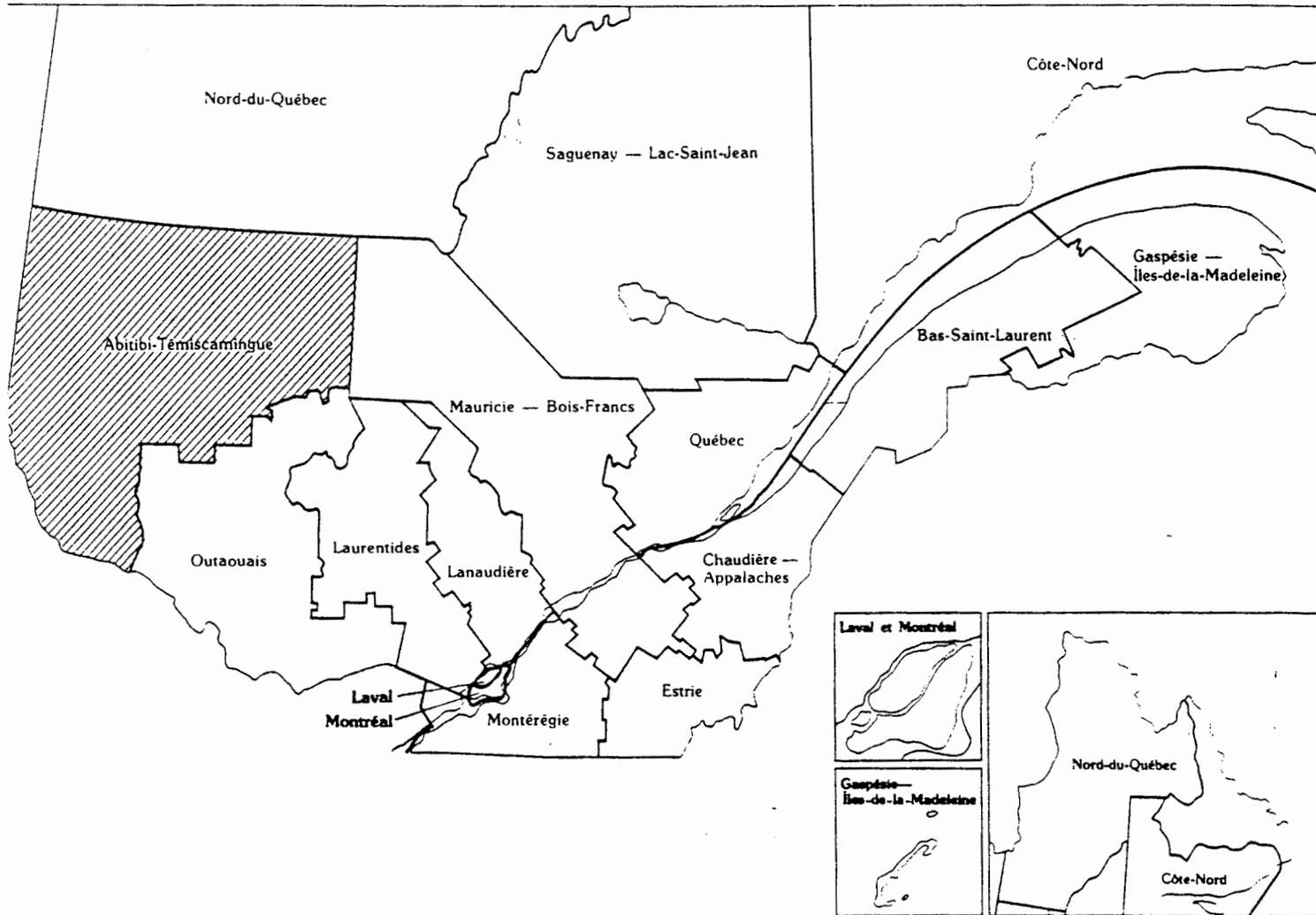


Illustration 1.1 Localisation de la région Abitibi-Témiscamingue⁶

⁶ Source: Office de planification et de développement du Québec (1991) p.XX;

Depuis l'adoption en novembre 1979 de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme, cinq (5) municipalités régionales de comté (MRC) ont été constituées (UQAT, 1986) et le tableau 1.4 rend compte du nom des MRC, du lieu de leur siège social, du nombre de personnes y habitant et de la superficie couverte en kilomètres carrés.

TABLEAU 1.4

Les MRC, région administrative 08, Abitibi-Témiscamingue, 1986 ⁷

NOM	POPULATION	SUPERFICIE(km ²)	SIÈGE SOCIAL
ABITIBI	25 215	8 211	AMOS
ABITIBI-OUEST	24 300	3 422	LA SARRE
ROUYN-NORANDA	39 540	6 119	ROUYN-NORANDA
TÉMISCAMINGUE	17 440	18 930	VILLE-MARIE
VALLÉE DE L'OR	40 345	28 331	VAL-D'OR
TOTAL	146 840		

En octobre 1982, le Conseil de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CRSSS) présentait un portrait socio-sanitaire de la région encore d'actualité aujourd'hui (Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 1990; Office de planification et de développement du Québec, 1991).

Ce qui en ressort, c'est que le taux de chômage est élevé, le milieu de travail est à risque élevé et l'économie dépend beaucoup des marchés extérieurs. De plus, les personnes défavorisées au plan social le sont aussi au plan de la santé. Enfin, on dénote un taux élevé de maladies mentales et de suicides, de délinquance et de mésadaptation sociale, d'accidents d'auto et d'alcoolisme (tableau 1.5)

⁷ Source: Bureau de la Statistique du Québec, 1986;

TABLEAU 1.5

Caractéristiques de la région de l'Abitibi-Témiscamingue ⁸

Caractéristiques générales	Caractéristiques de la population	Caractéristiques socio-économiques	Caractéristiques socio-sanitaires
Région ayant une grande superficie (116 500 km ²)	Densité (territoire) population: taux faible	Dépendance des marchés extérieurs	Ressources moins accessibles et moins nombreuses qu'ailleurs au Québec
Région ayant une population de taille réduite (146 800 habitants)	Taux le plus élevé au Québec de sous-scolarisation	Statut socio-économique faible	Les personnes défavorisées le sont aussi au niveau de leur santé
Structure économique peu diversifiée (mines, forêts, agriculture)	Taux le plus faible au Québec de population active	Taux de chômage élevé	Taux élevé: 1. maladies mentales et suicide; 2. mortalité générale et infantile; 3. délinquance et mésadaptation sociale; 4. accidents d'autos; 5. alcoolisme; 6. incarcération;
Sous développement		Milieu de travail à risque élevé	
Services déficients		Développement économique de bas niveau	

En 1989, le portrait global de l'emploi se dessinait comme suit: sur une population active de 71 000 personnes ⁹, le secteur primaire employait 18 % de la main-d'oeuvre globale tandis que les secteurs secondaire et tertiaire employaient 16,6 % et 65,5 % de la main-d'oeuvre totale respectivement (Office de planification et de développement du Québec, 1991).

⁸ Source des données: Conseil de la santé et des services sociaux (1982, 1989, 1991) et de l'Office de planification et de développement du Québec (1991);

⁹ Les données sur l'emploi regroupent les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte Nord et du Nord du Québec.

Dans le secteur tertiaire qui domine au chapitre de l'emploi (65,5 %), c'est dans les domaines des services à la consommation (32,6 %) et des services gouvernementaux (12,6 %) que se trouve le plus grand nombre de travailleurs, alors que dans le secteur secondaire (avec 16,6 % de tous les emplois), c'est dans le domaine de l'industrie manufacturière et des ressources (10,9 %) qu'on les retrouve en plus grand nombre (tableau 1.6). Dans le secteur primaire (avec 18 % des emplois) ce sont les mines qui emploient le plus grand nombre de travailleurs. Le taux de chômage à la fin de 1992 était de 11,3 %. En février 1993, il était passé à 12,1 % en Abitibi-Témiscamingue comparativement à 14 % pour l'ensemble du Québec, selon un relevé de la presse régionale (février 1993).

TABLEAU 1.6

Répartition de la population active de l'Abitibi-Témiscamingue selon les secteurs (année 1991) ¹⁰

S E C T E U R S								
Primaire	Nombre d'emplois	%	Secondaire	Nombre d'emplois	%	Tertiaire	Nombre d'emplois	%
	11 400	18	Manufacturier de ressources	6 900	10,9	Service à la consommation	20 700	32,6
			Autres	3 600	5,1	Services gouvernementaux	12 800	12,6
						Autres	8 000	19,8
TOTAL	11 400	18		10 500	16		41 500	65

En résumé, au niveau des caractéristiques générales, la région a une grande superficie, est peu peuplée et sa structure économique est peu diversifiée. Sur le plan de la population par rapport au vaste territoire qu'elle habite, elle a un taux faible de densité, la plus grosse ville (Rouyn-Noranda) ayant moins de 27 000 habitants (Statistiques Canada, 1992).

¹⁰ Sources des données: Office de planification du Québec (1991);

Bien que son taux de passage du secondaire général au collégial soit passé de 34,2 à 43,4 % depuis l'implantation d'un pavillon du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue dans le secteur est de la région en 1986, il est encore plus bas que pour l'ensemble du Québec. Ce dernier était en 1990 de 57,0 % (Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, 1992). Au niveau économique, la région est dépendante des marchés extérieurs pour son approvisionnement dans la plupart des secteurs. Au plan socio-sanitaire, la région détient plusieurs records québécois quant au taux élevé d'accidents d'automobiles, de décès par suicide et de mortalité générale et infantile.

3. Objectifs et questions de recherche

L'objectif général de cette recherche, rappelons-le, est d'identifier les tensions familiales et les réponses d'adaptation existant chez les membres de la famille survivante à un suicide et de déterminer leur relation avec la conduite suicidaire. Pour atteindre cet objectif général, il apparaît important de formuler certaines questions spécifiques.

1. Quels sont les événements et/ou les changements de la vie familiale qui contribuent à faire augmenter les tensions dans la famille?
2. Quelles sont les réponses d'adaptation utilisées par la famille pour faire face aux tensions provoquées par les événements de la vie familiale?
3. Quels sont les liens (s'il en existe) existant entre les tensions de la vie familiale, les réponses d'adaptation et la conduite suicidaire?
4. Comment l'idée de suicide s'exprime-t-elle chez les individus suicidaires?

4. Pertinence de l'étude

Comme les survivants au suicide d'un proche sont nombreux et que le risque suicidaire chez eux est plus élevé que pour l'ensemble de la population, il est d'intérêt général que cette réalité soit mieux connue et davantage comprise par les responsables de la santé publique.

Dans les familles survivantes au suicide d'un de ses membres, la tension est déjà très élevée en raison des facteurs inhérents aux réactions de deuil, et aux réactions de l'entourage tant social que familial (Kouri, 1990), et la connaissance plus approfondie des événements qui étaient présents avant le décès et de ceux qui se sont produits depuis, servira à améliorer les outils qui sont présentement utilisés dans le domaine de l'intervention en service social et en milieu communautaire.

La mort par suicide provoque chez le survivant, des réactions sévères et douloureuses: choc, négation, colère, culpabilité, anxiété, régression, repli sur soi, honte (Cain, A.C., 1972). Elle trouble profondément, surtout si la relation avec le suicidé était ambivalente (D'Amours, L., 1981). Plusieurs auteurs ont examiné et approfondi certains aspects du phénomène du suicide et du deuil après le suicide dont Cain (1972), Rudestam (1977), Calhoun et Selby (1979) et McIntosh (1987) figurent parmi les plus importants. Mais, aucune étude n'a encore été faite à notre connaissance sur la gestion des changements et des événements de la vie familiale et sur le risque que cela comporte sur l'adoption d'une conduite suicidaire chez les survivants de suicide, et ce, vu sous l'angle de l'accumulation des tensions familiales. Et bien que le deuil figure parmi les facteurs importants pouvant provoquer une conduite suicidaire chez les survivants, la présente étude a choisi de privilégier la recherche de d'autres facteurs pouvant provoquer cette conduite.

Une telle recherche contribuera à augmenter les connaissances des intervenants sociaux, connaissances qu'ils pourront mettre à profit auprès de familles survivantes.

Enfin, comprenant mieux quels sont les événements qui dans la vie des familles survivantes se sont accumulés et quelles sont les réponses d'adaptation qu'elles utilisent face à cette pression, un pas important aura été fait dans la prévention du suicide en permettant que soient créés et mis en place, des programmes préventifs visant à développer des habiletés nouvelles chez les familles, ce qui permettra d'aider leurs membres aux prises avec des situations stressantes et parfois désespérantes.

CHAPITRE II

LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente d'abord les différentes approches du suicide afin de permettre au lecteur d'avoir une vue d'ensemble des angles d'analyse utilisés par différents auteurs pour appréhender ce phénomène. Puis, afin d'identifier les facteurs associés aux conduites suicidaires chez les survivants du suicide, nous avons dans un premier temps examiné les différentes réactions suscitées par le suicide chez les membres de la famille survivante, selon la position occupée par chacun des membres dans la famille. Ensuite, ont été analysés, les facteurs d'ordre familial susceptibles d'engendrer une crise suicidaire et enfin, les réactions de deuil associées à la mort en général puis à la mort par suicide en particulier. L'objectif de ce chapitre est de présenter une synthèse de la recension des écrits devant nous amener au cadre conceptuel de l'étude.

1. Approches du phénomène du suicide

Le phénomène du suicide est complexe. Plusieurs approches ont été développées pour tenter de le comprendre. Cela témoigne de l'intérêt que suscite le suicide dans divers secteurs de la population. Shneidman (1988) a répertorié une quinzaine de ces approches. Elles sont regroupées au tableau 2.1 et détaillées dans les pages suivantes ¹¹. Le tableau que nous avons construit permet l'identification rapide des approches, de quelques auteurs associés à leur développement et des principaux thèmes abordés par chacune d'elles. Certaines approches abordent le suicide sous l'angle de l'éthique, de la morale et de la philosophie (1.1-1.2) alors que d'autres l'abordent sous l'angle sociologique (1.3, 1.4, 1.5 et 1.6), psychologique (1.7, 1.8 et 1.9) ou biologique (1.10 et 1.11). Enfin, certaines approches traitent du suicide sous l'angle littéraire (1.12), démographique (1.13), politique (1.14) et préventif (1.15).

¹¹ Le texte de Shneidman, Overview: A Multidimensional Approach to Suicide a largement inspiré la rédaction de cette partie sur les approches. Pour éviter de répéter la référence de Shneidman tout au long du texte, disons tout de suite que tous les auteurs auxquels nous référons dans cette partie sont ceux cités par Shneidman;

TABLEAU 2.1

Les approches du suicide, les thèmes abordés et les auteurs des approches
(liste non exhaustive des auteurs) ¹²

<p style="text-align: center;">1 Philosophique et théologique Choron (1972) Battin (1982)</p> <p>La position des philosophes et théologiens sur la mort et le suicide</p> <ul style="list-style-type: none"> . le sens de la vie, la notion du péché 	<p style="text-align: center;">2 Légale et morale Battin et Maris (1983)</p> <ul style="list-style-type: none"> . <u>Loi</u> et suicide, loi et encouragement au suicide . <u>Éthique</u> et suicide, rôle de l'intention, moralité du suicide - rationalité - droit à se suicider - euthanasie 	<p style="text-align: center;">3 Socio-culturelle Hendin (1964) Iga (1986)</p> <p>Le développement individuel à travers une matrice socio-culturelle et le sens du suicide, selon les cultures</p>
<p style="text-align: center;">4 Sociologique Durkheim (1897)</p> <p>La force ou la faiblesse des relations personne-société</p>	<p style="text-align: center;">5 Diadique - interpersonnelle - familiale Pfeffer (1986)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le concept de personne significative - Les caractéristiques de la famille et la relation entre les membres 	<p style="text-align: center;">6 Théorie des systèmes Millers (1978) Blaker (1972)</p> <p>Identification des systèmes et des sous-systèmes (matière, énergie, information) influençant le comportement autodestructeur dans les organismes humains</p> <ul style="list-style-type: none"> - groupe-organisation-communauté-société supra-nationale
<p style="text-align: center;">7 Psycho-dynamique Friedman (1967) Menninger (1938) Litman (1967)</p> <p>Notion d'hostilité inconsciente - incapacité d'aimer - désir de mourir - sentiments d'abandon, d'impuissance et de désespoir</p>	<p style="text-align: center;">8 Psychologique Shneidman (1976) Murray (1938)</p> <p>Suicide, malaise humain et de la pensée; Caractéristiques psychologiques pour qu'un suicide se produise</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. perturbation aiguë 2. autodépréciation 3. fermeture de la pensée 4. idée d'interruption 	<p style="text-align: center;">9 Psychiatrique et maladie mentale Miles (1977) American Psychiatric Association (1980)</p> <ul style="list-style-type: none"> . Désordre affectif . Dépression . Suicide
<p style="text-align: center;">10 De la constitution et de la génétique Roy (1986) Ketty (1986)</p> <p><u>Constitutionnelle:</u> Comportement et constitution physiologique</p> <p><u>Génétique</u> Les facteurs génétiques et le suicide</p> <ul style="list-style-type: none"> . Transmission de gènes associés à celui transmis dans le cas de désordres psychiatriques tels: maniaco-dépressif, alcoolisme, schizophrénie 	<p style="text-align: center;">11 Biologique et biochimique Asberg et al (1986) deCatanzaro (1981)</p> <p>2 groupes de facteurs biologiques associés au comportement suicidaire</p> <ul style="list-style-type: none"> . transmetteur . fonctions endocriniennes 	<p style="text-align: center;">12 Documentaire Aaron (1985) Alvarez S. (1970)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La pensée humaine et le suicide - Les ruminations suicidaires.
<p style="text-align: center;">13 Démographique Peck et al (1985)</p> <p>La statistique: les taux de suicide</p> <ul style="list-style-type: none"> . les causes . les groupes d'âge 	<p style="text-align: center;">14 Politique, globale et supra-nationale Murray (1981) Lifton (1979)</p> <p>Suicide global qui nous menace sous guerre atomique</p>	<p style="text-align: center;">15 Préventive Shneidman Farberow Litman (1970)</p> <p>Signes précurseurs du suicide Suicide et communication d'une demande d'aide</p>

¹² Adapté à partir du texte de Shneidman (1988) Overview: A Multidimensional Approach to Suicide;

1.1 Les approches philosophique et théologique

L'approche philosophique aborde les thèmes de la mort et du suicide. La participation des philosophes occidentaux à l'étude du suicide se veut plus intellectuelle et plus spéculative que pratique (Choron J. 1972). Plusieurs philosophes ont abordé ce sujet tels Pythagore, Montaigne, Voltaire, Kant et Nietzsche. Plus près de nous, Camus et Sartre entre autres ont fait souvent ressortir dans leurs travaux, la futilité et l'inutilité de la vie, Camus a déjà souligné que le thème du suicide est central dans la philosophie.

L'approche théologique aborde le suicide sous l'angle du pouvoir des individus de s'enlever la vie. C'est la doctrine chrétienne qui a coloré les attitudes contemporaines à ce sujet. Historiquement, St-Augustin a été le premier à relier suicide et péché au IV^e siècle, influencé en cela par le comportement des chrétiens face au martyr dont ils étaient l'objet. Puis, au VII^e siècle, le Concile de Tolède a frappé d'excommunication toute personne qui tentait de se suicider. Au XIII^e siècle, St-Augustin a édicté que le suicide était péché mortel dans le sens qu'il usurpait le pouvoir de Dieu sur la vie et la mort. Cette position a été celle de l'Église jusqu'au XVIII^e siècle. De nos jours, le suicide est généralement condamné dans le cercle des théologiens mais la notion de péché n'y est plus rattachée. Le livre de Battin (1982) " Ethical Issues in Suicide" est une bonne source de références pour connaître plus à fond la position de l'Église sur le suicide.

1.2 Les approches légale et morale

En Amérique du nord, seuls deux états américains, l'Alabama et l'Oklahoma considèrent le suicide comme un crime. Cependant, l'encouragement au suicide est partout considéré comme un crime. L'approche morale du suicide questionne d'abord la moralité du suicide même, le rôle de l'intention, la rationalité du suicide, le droit à commettre le suicide, l'assistance au suicide et l'euthanasie active et passive.

1.3 L'approche socio-culturelle

Cette approche traite du suicide dans les différentes cultures et tient compte de deux faits particuliers à savoir que chaque individu naît et se développe dans une matrice socio-culturelle et que l'acte de suicide lui-même a différentes significations tant pour l'auteur du suicide que pour le survivant, selon les cultures.

C'est à travers l'approche socio-culturelle que la définition du suicide s'est précisée selon Shneidman qui définit le suicide comme un acte conscient d'autodestruction chez un être qui ressent un malaise à dimensions multiples, qui a des besoins et qui perçoit le suicide comme la meilleure solution à ses problèmes. Hendin (1964) a écrit "Le suicide" en Scandinavie et Iga (1986) dans "The Thorn in the Chrysanthemum: Suicide and Economic Success in Contemporary Japan" parle du suicide comme prix à payer pour le succès du Japon faisant ainsi référence à la mutation des valeurs suite aux changements social et culturel de la société japonaise.

1.4 L'approche sociologique

Le volume de Durkheim (1897) "Le suicide" démontre la force de l'approche sociologique. Dans l'analyse des résultats de données recueillies en France, Durkheim propose quatre sortes de suicide, toutes reliées à la force ou à la faiblesse du lien individu-société. **Le suicide altruiste** est littéralement demandé par la société en certaines circonstances, le hara-kiri par exemple pour sauver l'honneur. **Le suicide égoïste** se produit chez les individus qui ont peu de liens avec la communauté. **Le suicide anémique** se produit lorsque la relation d'un individu avec la société est soudainement rompue comme par exemple, à la suite d'un choc ou de la perte d'un lien significatif. **Le suicide fataliste** dérive d'un excès de règlements auxquels par exemple, doivent se soumettre les prisonniers ou les esclaves et pour qui le futur est complètement bloqué.

Peu de changements ont été apportés à la théorie de Durkheim pendant de nombreuses années. Henry and Short (1954) ont ajouté le concept de contraintes internes (super égo) aux contraintes externes développées par Durkheim, et Gibbs et Martin (1964) ont cherché à opérationnaliser le concept d'intégration sociale développé par Durkheim.

Maris (1981) croit qu'une théorie systématique du suicide doit comprendre au moins quatre catégories de variables telles celles traitant de la personne, du contexte social, des facteurs biologiques et de la temporalité. Selon Shneidman, les théories sociologiques sur le suicide sont dans une période de développement et de modernisation.

1.5 Les approches diadique, interpersonnelle et familiale

Approximativement, 15 % des suicidés laissent une note de suicide et la lecture de ces notes donne souvent l'impression que le suicide est un événement qui ne concerne que deux personnes. Dans cette approche du suicide, le concept de personne significative est important puisque la personne significative est souvent celle invoquée pour expliquer le geste suicidaire. Cynthia Pfeffer (1986) dans son livre "The Suicidal Child" décrit les caractéristiques des familles des enfants qui se suicident et constate qu'il est difficile d'ignorer la qualité des relations existantes entre les membres de la famille dans la compréhension du geste suicidaire.

1.6 L'approche de la théorie des systèmes

La théorie des systèmes est une alternative aux théories mécanistes qui ont dominé longtemps le monde de la physique, de la biologie et de la psychologie. Elle met l'emphase sur l'intercommunication entre les parties d'un tout, qu'il soit cellule, organisme ou collectivité et sur le caractère unique du tout.

La théorie des systèmes développée par Miller (1978) dans "Living Systems" et les hypothèses qu'elle contient, favorisent une plus grande compréhension des comportements autodestructeurs chez les systèmes vivants. Blaker (1972) en a fait une application intéressante dans "System Theory and Self Destructive Behavior: A new theoretical base". Il en sera question dans la section traitant du modèle cubique.

1.7 L'approche psycho-dynamique

Dans cette approche, la notion d'hostilité inconsciente est utilisée pour expliquer le geste suicidaire. Le désir de tuer, d'être tué, de mourir sont trois étapes développées par Menninger (1938), disciple de Freud, dans son livre "Man against himself". Litman (1967) considère qu'il y a plus que de l'hostilité dans la psycho-dynamique du suicide. Ces facteurs sont d'ordre émotif et comprennent la rage, la culpabilité, l'anxiété et la dépendance. Les sentiments d'abandon et particulièrement ceux d'impuissance et de désespoir sont importants et constituent des conditions prédisposantes au suicide. Zilborg (1937) ajoute à la théorie de Freud l'incapacité d'aimer les autres.

1.8 L'approche psychologique

A la différence de l'approche psycho-dynamique, l'approche psychologique n'adopte pas de scénario d'inconscience pour expliquer le suicide. Il met l'emphase plutôt sur un certain nombre de caractéristiques de nature psychologique. Shneidman (1976) en identifie quatre, soient une "*perturbation aiguë*" ou un bouleversement de l'individu, l'augmentation d'un ensemble de "*sentiments défavorables envers soi*" comme par exemple, des sentiments de culpabilité et de blâme, un "*retrécissement de la pensée*" et "*l'idée de cessation*", c'est-à-dire de la possibilité de mettre fin définitivement à la souffrance.

Pour comprendre les besoins psychologiques des êtres humains, le livre de Murray (1938) " Explorations in Personality" est important; il permet de comprendre la douleur psychologique des personnes dont certains besoins ne sont pas comblés et également pour guider l'intervention visant à réduire la douleur et la perturbation qui pousse l'individu au suicide.

1.9 L'approche psychiatrique et de la maladie mentale

L'approche psychiatrique considère le suicide comme un désordre affectif particulièrement de type dépressif. Selon Shneidman, 90 % des suicides sont ou peuvent être classés comme maladie mentale, en utilisant le guide des diagnostics psychiatriques DSM-III de l'Association psychiatrique américaine (1980). Cependant, même si 100 % des personnes suicidées sont perturbées, cela ne signifie pas qu'elles soient malades. Perturbation n'égale pas maladie. Il s'agit le plus souvent d'un état de l'esprit et non d'un trouble du cerveau ou d'un désordre psychiatrique.

1.10 Les approches de la constitution et de la génétique

A travers l'histoire, on retrouve un intérêt constant pour essayer de comprendre le comportement humain en terme de constitution physiologique de l'individu. Dès l'an 200 av. J.-C., le physicien grec Galen avait déterminé quatre types de personnalité dont les sanguins, les flegmatiques, les colériques et les mélancoliques. Au début du siècle, on a tenté de relier les problèmes de somatisation aux types de personnalité et au tempérament puis indirectement au suicide.

Le développement de l'approche génétique est de nature plus récente. En 1986, Roy dans "Genetics and Suicidal Behavior" rapporte cinq études démontrant, quoique de façon indirecte, un lien entre le suicide et les facteurs génétiques. Il s'agirait de la transmission héréditaire de facteurs génétiques associés à des désordres psychiatriques tels que la schizophrénie et l'alcoolisme, désordres également associés

au suicide. Kety (1986) parle de l'existence d'une importante interaction entre les facteurs génétiques et les facteurs environnementaux.

1.11 L'approche biologique et biochimique

Cette approche suggère l'existence d'un lien entre le suicide et la sécrétion par le cerveau de produits chimiques tel la «monoamine sérotonine» et la sécrétion par certaines fonctions endocriniennes de produits telles le «cortisole» et le «thirotropine (5-HT)». Quoique les recherches ne soient pas concluantes sur la nature des liens pouvant exister entre la chimie du cerveau et le suicide, l'approche biologique et biochimique suscitent beaucoup d'intérêt et de plus en plus d'articles s'écrivent sur le sujet (Asberg et al 1986). DeCatanzaro (1981) a colligé des données provenant de plusieurs approches et a construit un cadre d'analyse du suicide qui suggère que le suicide se produit lorsque la capacité d'un individu à s'occuper de sa santé s'affaiblit.

1.12 L'approche documentaire

Le thème du suicide est présent dans la littérature et dans les documents personnels de plusieurs auteurs, Alvarez dans "The Savage God" (1970) discute notamment de l'impact de l'idée de suicide sur les travaux de plusieurs auteurs dont Becket, Chatterton et Dostoevski, et décrit la force exercée par l'idée de suicide sur l'imagination créatrice. De son côté, Aaron (1985) a publié le journal intime de Inman (The Inman Diary) qui est un bon exemple de la richesse de la documentation existante sur le suicide à partir de documents personnels. Ces documents contiennent les ruminations d'individus qui ont jonglé pendant plusieurs années avec l'idée de suicide et qui se sont finalement suicidés.

1.13 L'approche démographique

Cette approche rapporte diverses statistiques sur le suicide. Depuis l'époque médiévale en Angleterre, c'est le coroner qui au nom de l'État, est chargé de tenir le registre des décès et des naissances et, c'est également à lui qu'est revenue à partir du 11e siècle, la responsabilité de décider si la mort était un acte de Dieu ou un crime. Le suicide a été considéré à certaines époques comme un crime envers soi. La tenue de statistiques sur les décès en général a permis de faire différentes observations sur les causes de mortalité dans la population et en recueillant certaines données sur l'âge et le sexe, cela a facilité l'analyse de l'évolution du phénomène du suicide dans la population. C'est ainsi que l'approche démographique du suicide a permis de déceler l'importance du suicide particulièrement chez les jeunes adultes de 20 à 29 ans et chez les jeunes de 15 à 19 ans.

1.14 Les approches politique, globale et supra-nationale

Le type de suicide le plus important à reconnaître et à prévenir est le suicide global, c'est-à-dire l'autodestruction de la planète. Celui-ci nous menace tous et du seul fait de nous menacer, empoisonne nos vies. Lifton (1979) dans "The Broken Connection", rappelle à notre conscience le fait que, même si nous n'avons pas encore connu de désastre nucléaire qu'il appelle "The Bomb", la façon que nous avons de gérer les conflits sur la planète, risque de détruire les liens psychologiques qui nous unissent.

1.15 L'approche de prévention

Cette approche du suicide a inspiré la mise sur pied du Centre de prévention du suicide de Los Angeles dans les années 50. Shneidman, Farberow et Litman (1970) y ont été étroitement associés.

Elle a identifié les signes précurseurs du suicide tels que les symptômes, les manifestations verbales et les indices reliés au comportement suicidaire. De plus, cette approche sert à sensibiliser la population au phénomène du suicide, à diminuer les tabous et à augmenter la communication entre les équipes de santé mentale et les autres organismes de la communauté.

Commentaires

La revue de toutes ces approches est intéressante. Elle permet de prendre connaissance des nombreuses facettes du suicide et de situer ses propres intérêts sur la question du suicide. Les nôtres sont d'ordre familial et rejoignent surtout les approches 4, 5 et 6, soient l'approche sociologique, l'approche diadique, interpersonnelle et familiale et l'approche des systèmes. La présente étude s'interroge sur le rôle que joue l'accumulation des tensions familiales sur l'adoption d'une conduite suicidaire dans certaines familles où un suicide a déjà eu lieu. Bien qu'intéressante, la revue des écrits faite par Shneidman n'aborde pas le suicide vu sous l'angle d'une crise résultant de relations familiales difficiles, d'une accumulation des tensions familiales et de l'utilisation de mécanismes d'adaptation inadéquats. Cet angle d'analyse du suicide entre en accord avec la profession du travail social qui a fait des relations sociales et familiales, son principal champ d'activités et c'est sous cet angle que nous désirons analyser la conduite suicidaire dans cette étude.

La section suivante poursuit la recension des écrits et traite des réactions des survivants au suicide d'un proche. La position des membres au sein de la famille, le climat familial, la communication entre les membres, les stress de la vie familiale, le support que s'apportent entre eux les membres de la famille, la perte d'un des parents, le deuil, l'instabilité de l'environnement, la façon de résoudre les crises et les conflits sont examinés ici. Cet examen mènera naturellement au cadre théorique.

2. Réactions des survivants au suicide d'un membre de la famille

La position des survivants au sein de la famille, les facteurs familiaux et le deuil sont des éléments importants à considérer dans l'étude de la conduite suicidaire des survivants au suicide d'un membre de la famille, ce qui sera examiné jusqu'à la fin du présent chapitre.

2.1 La position des survivants au sein de la famille

Dans une famille, chacun des membres occupe une position ou une place privilégiée selon qu'il est par exemple, le parent, le fils aîné ou le benjamin. Plusieurs écrits, surtout cliniques, rapportés par McIntosh (1987) ont distingué quatre positions familiales occupées par les survivants, à savoir celle du parent dont l'enfant s'est suicidé, celle de l'enfant d'un parent suicidé, celle de la fratrie et celle du conjoint survivant.

Les résultats de ces rapports d'études cliniques suggèrent que les membres les plus vulnérables suite à un suicide dans la famille sont les enfants d'un parent suicidé et les parents d'un enfant suicidé. Ceux-ci seraient des groupes plus à risque pour des comportements suicidaires et autres réactions plus intenses de culpabilité, de honte, de stigmatisation et de colère. Des études empiriques ont cherché à comparer les quatre groupes de survivants entre eux (Moore, 1985; McIntosh et Wroblewski, 1988; Perkins et Harris, 1990, cités dans Kouri, 1990: 23). Ils ont constaté que les survivants d'âge moyen (40-59 ans), qu'ils aient perdu un enfant ou un parent, sont les seuls survivants qui se perçoivent en mauvaise santé. Les conclusions des écrits cliniques et des vérifications empiriques ne permettent cependant pas de confirmer ou d'infirmer que la position occupée au sein de la structure familiale soit un facteur pouvant influencer l'intensité et la gravité des réactions suite à un suicide au sein de la famille.

Ces résultats amènent à chercher au-delà de la position occupée par les survivants des éléments plus pertinents pour comprendre la réaction des survivants au suicide d'un proche, soient les facteurs familiaux et les réactions de deuil.

Il faut souligner avant de poursuivre, la recension des écrits de Kouri (1990) sur ces sujets, recension à laquelle nous avons participé particulièrement à l'étape de la recherche documentaire et du choix des textes les plus pertinents. Plusieurs autres revues des écrits et études ont été consultés dans la présente recherche dont celles de Van der Wal, 1989; McIntosh, 1987; Séguin, 1988; Rudestam, 1987; D'Amours, 1981; Foglia, 1977; et Cain, 1972.

2.2 Les facteurs familiaux

De nombreuses études concluent à l'existence d'une relation entre divers facteurs familiaux et le suicide (Hanigan, 1987; Tousignant, 1987; Wright, 1985). Hanigan (1987) a identifié parmi les facteurs de risque susceptibles de provoquer une crise suicidaire chez certaines personnes âgées, les pertes par décès ou séparation et l'isolement social. Tousignant, Hamel et Bastien (1987) ont trouvé que la négligence des parents (mauvais) est un facteur de risque chez les adolescents. Wright (1985) rapporte quant à lui, que la majorité des adolescents qui ont des pensées suicidaires sérieuses ont une pauvre relation avec leur père et disent manquer de support parental. Cependant, très peu de recherches ont été effectuées pour vérifier la relation entre les facteurs familiaux et le comportement suicidaire des survivants d'un suicide. Il faut s'éloigner des écrits sur les survivants pour aborder dans un premier temps la documentation sur les facteurs familiaux reliés aux tentatives suicidaires (Wilmotte et al, 1986; McIntosh, 1985). Dans cette documentation, se retrouvent les trois postulats avancés par Morissette (1987) pour l'étude des comportements suicidaires: le premier d'inspiration psychanalytique est celui du désir de tuer, désir détourné sur soi par la personne qui éprouve ce désir, le deuxième postulat s'inspire de la théorie de la communication et stipule l'impossibilité de ne pas communiquer

et le troisième complète les deux premiers et affirme que le message suicidaire de l'émetteur vise un ou des récepteurs significatifs de l'entourage. Bref, selon Morrisette (1987) le va-et-vient des échanges entre le suicidaire et l'entourage s'inscrit dans un ensemble de communications interpersonnelles.

Plusieurs éléments pertinents au sujet de la communication interpersonnelle ont été signalés par plusieurs chercheurs et cliniciens (Aldridge, 1984; Richman, 1986) et portent sur les éléments de la dynamique familiale reliés aux comportements suicidaires d'un ou de plusieurs des membres de la famille.

Parmi ces éléments, on retrouve un climat familial chargé d'agressivité envers lequel personne ne semble pouvoir réagir ouvertement, des échecs répétés dans l'exercice des rôles sociaux des membres de la famille, ce qui permet d'assurer la stabilité du système familial, et en même temps, le fait de se refermer sur lui-même. De plus, les comportements suicidaires apparaissent au terme d'un processus d'escalade, au moment où des changements et des développements sont sur le point de se produire. Un attachement symbiotique et une intolérance manifeste se développent entre les membres au sujet de l'autonomie de chacun. Depuis plusieurs années ou même depuis plusieurs générations, la gestion des crises de transition est caractérisée par le conflit et la désorganisation familiale. Enfin, le comportement suicidaire reflète à la fois le problème important du système et la solution qu'il s'est donné pour le régler.

Aldridge et Dallos (1986), dans une étude réalisée auprès d'une douzaine de familles dont un des membres avait tenté de se suicider, mais dont aucune des familles n'avait d'histoire suicidaire antérieure, ont établi la présence de trois facteurs concomitants au sein de ces familles: le système familial menaçait d'être démembré, le départ d'un membre était imminent; un climat négatif existait dans la famille et toute tentative de solution était perçue comme incorrecte; et une histoire de problèmes psychosociaux caractérisait la gestion des périodes de crises du système familial.

Selon Aldridge (1984), le comportement suicidaire doit être perçu comme une démarche stratégique visant le maintien de l'intégrité du système lorsqu'un changement menace de le faire éclater.

Ces conclusions s'appliquant aux familles dont certains membres menacent de se suicider, il serait imprudent de les généraliser aux survivants d'un suicide qui veulent se suicider. Cependant, ces études suggèrent que de tels comportements suicidaires risquent de se produire au sein de telles familles et que les éléments dynamiques dont elles font état ne doivent pas être ignorés dans l'étude des conduites suicidaires chez les survivants.

En résumé, ce qui est important de retenir ici, c'est que le comportement suicidaire est une forme de communication et que le message contenu dans la communication est dirigé vers l'entourage significatif du suicidaire. Cette communication appelle des réponses de l'entourage et ces réponses influencent la suite du comportement de la personne suicidaire (escalade).

Il est important également de noter la piètre qualité du climat familial existant. Il est fait d'agressivité, d'hostilité et d'intolérance et c'est dans ce climat que la famille tente généralement de gérer ses problèmes; c'est pourquoi on doit voir l'apparition d'un comportement suicidaire dans la famille comme réponse stratégique à une crise. Le comportement suicidaire dans certaines familles fait alors partie du répertoire de réponses qu'elles se sont données pour résoudre les crises.

Ces éléments présents dans les familles sans histoire suicidaire antérieure pourraient également être retrouvés chez les familles survivantes dont un des membres menace de se suicider et c'est pourquoi, on doit les considérer lors de l'étude de leur comportement.

Pour revenir à la documentation sur les survivants, une seule étude à notre

connaissance, a été menée pour tenter de relier la répétition du suicide dans la famille à certains facteurs familiaux (Farber, 1977) et non à des réactions de deuil. Dans son étude, Farber souligne que dans les familles où la disponibilité affective était grande, le suicide était à un bas niveau, alors que là où elle était minime, le suicide était à un haut niveau, ce qui signifiait pour lui qu'une des variables importantes à considérer pour expliquer la répétition du suicide est la disponibilité affective dans les rapports familiaux (Farber, 1977). Dans une analyse antérieure portant sur le suicide en général, Farber (1968) avait relié la conduite suicidaire à certains facteurs tels que la vulnérabilité personnelle, les forces sociales et économiques, la pauvreté, la perte de statut social, l'isolement, l'imitation, la façon d'éduquer les enfants et l'hérédité.

Wright (1985) a étudié l'incidence de pensées suicidaires sérieuses chez des étudiants. Il relie la pensée suicidaire sérieuse (idéation) à la faible estime de soi, et aux stress de la vie familiale. Les principaux stress identifiés sont le manque de support familial, une pauvre relation avec le père, un conflit avec les parents et des parents fâchés. Les résultats obtenus par Wright sont comparables aux études de Maris (1981 cité dans Groupe d'étude sur le suicide (1987: 24) et de Tousignant et al (1988). De Mann (1988) associe aussi les idées suicidaires aux stress de la vie familiale. Tousignant et al (1988) ont trouvé que la qualité perçue de la relation avec les parents ou les adultes responsables et la négligence des parents (manque de soins) sont les facteurs de risque les plus importants chez les élèves du secondaire dont ils ont étudié la conduite suicidaire (idéation et tentatives). Dans cette étude, les auteurs signalent cependant d'une part que, ce ne sont pas tous les élèves en relation négative avec un parent qui deviennent suicidaires et d'autre part, qu'un certain nombre d'élèves seulement qui perçoit la relation avec leurs parents comme positive est suicidaire. Y aurait-il des facteurs de protection contre les facteurs de risque identifiés, demande Tousignant? Cette question est fondamentale. Une étude de Corder et al (1974), démontre l'importance du support dans l'adoption d'une conduite autre que le suicide, dans les situations de désorganisation familiale. Cette

désorganisation familiale. Cette étude compare deux groupes d'adolescents hospitalisés, dont l'un est composé d'adolescents qui ont fait une tentative de suicide. Il est démontré que les groupes ne se distinguent pas entre eux par la qualité de l'organisation familiale, les antécédents suicidaires, la discipline interne dans la famille ou l'interaction familiale, mais plutôt par d'autres facteurs: chez les adolescents du groupe où il n'y a pas eu de tentative de suicide, ces derniers peuvent s'exprimer, ont des contacts avec les pairs et ont plus d'opportunité de prendre des décisions. Comme les parents des deux groupes ont les mêmes caractéristiques d'instabilité, le choix du suicide pour résoudre les problèmes serait-il lié à la capacité qu'ont les adolescents de prendre une certaine distance vis-à-vis les problèmes physiques et émotionnels des parents et aux opportunités qu'ils ont de recevoir du support et de résoudre leurs problèmes à l'extérieur de la maison?

Adams (1982), dans une étude expérimentale, a étudié l'incidence de la perte des parents et de la stabilité familiale sur les enfants avant l'âge de 25 ans. Les résultats indiquent qu'un grand pourcentage des individus ayant fait une tentative de suicide avaient perdu un ou leurs parents soit par séparation, décès ou divorce, que la majorité appartenait à une famille qui leur offrait un environnement instable et chaotique au moment de l'étude et qu'un grand pourcentage de ces gens avait déjà vécu dans un environnement familial instable préalablement à l'expérience de la perte du parent, ce qui met en relief le rôle de l'environnement familial, par rapport à l'absence des parents due à la séparation, à un décès ou à un divorce.

Ce qui ressort de ces études, c'est qu'il semble se confirmer de plus en plus, du moins chez les adolescents, que la façon de répondre aux crises familiales et aux conflits qu'elles engendrent est liée à l'organisation familiale. Ce qui ressort également, c'est l'importance de la disponibilité affective des membres de la famille les uns envers les autres. Elle dépasse même en importance la stabilité familiale (Tousignant et al, 1988). Seule la capacité qu'a l'individu dans les études rapportées de Wright (1985), Adams (1982) et Corder (1974) de prendre une distance physique et émotionnelle

vis-à-vis la source de ses problèmes (ce qui se manifeste par l'expression de ses sentiments, les contacts avec les pairs et l'opportunité de prendre ses décisions) semble être un facteur de protection contre le suicide. L'étude de Corder (1974) indique de plus que, parmi les adolescents suicidaires, plusieurs avaient déjà été en contact avec le suicide dans leur famille, et une autre, celle de Adams (1982) souligne que 48 % des individus ayant fait une tentative de suicide avaient perdu un ou leurs parents, comparativement à 23 % des sujets du groupe contrôle. Les facteurs de risque, le support social, la capacité de prendre une distance physique et émotionnelle vis-à-vis les problèmes, et les tensions provoquées par divers événements seront retenus dans le cadre théorique.

2.3 Réactions de deuil des survivants

Cette section s'intéresse d'abord au deuil en général, puis au deuil plus particulier des survivants au suicide d'un proche.

La théorie du deuil s'est développée selon deux grands courants dont l'un d'inspiration psychanalytique s'intéresse au deuil dans ses manifestations intrapersonnelles - douleur, malaise physique, perturbation mentale - (Shackleton, 1989) et l'autre, d'inspiration sociale interpersonnelle et culturelle soutient que le deuil constitue une perte parmi d'autres et qu'il entraîne un processus d'adaptation (Bowlby, 1980; Parkes et Neiss, 1983). Ces derniers éléments sont importants car le deuil est présenté comme une tension parmi d'autres et qu'il exige pour être soulagé, une ou des réponses d'adaptation.

Selon la théorie de l'attachement développée par Bowlby (1980), le processus de deuil se déroule d'après le modèle suivant: engourdissement, protestation, désorganisation et réorganisation. Les réactions de détresse ou de dépression sont normales et ce serait leur absence qui témoignerait d'une réaction pathologique. Cependant, certains travaux ont démontré que seulement une minorité d'endeuillés

est vraiment dépressive et que par surcroît, ce sont les personnes les moins bien adaptées après deux à quatre ans de deuil qui ont eu les réactions dépressives initiales les plus intenses. Par contre, il y a des personnes dont les réactions initiales diminuent avec le temps, d'autres qui ne manifestent pas de réactions intenses ni immédiatement après un décès, ni plus tard et d'autres qui ont des réactions initiales intenses et qui le demeurent encore jusqu'à plusieurs années plus tard (Wortman et Silver, 1989, cités dans Kouri, 1990: 7).

Worden (1982, cité dans Kouri, 1990: 8) indique que, de façon générale, le deuil sera adéquatement résolu s'il y a acceptation de la réalité de la perte, expression de la douleur, adaptation à l'environnement d'où le défunt est maintenant absent, retrait de l'énergie émotionnelle investie dans cette relation et réinvestissement de cette énergie dans de nouvelles relations sociales.

Dans une perspective d'interactionisme symbolique, certains auteurs (Averill et Nunley, 1988; Rosenblatt, 1988, cités dans Kouri, 1990: 8), expliquent que le deuil serait une émotion qui s'articule, du moins en partie dans les liens d'attachement et d'interdépendance qui unissent les humains. En bref, à cause de la disparition du proche significatif, c'est le contexte social qui disparaît, contexte qui était nécessaire au survivant pour qu'il puisse se comprendre aux niveaux affectif et cognitif.

" Les manifestations de deuil surgiraient donc non seulement par suite de la douleur que suscite la perte d'un proche significatif mais aussi et tout autant en raison de la perte d'un fondement même de la réalité interpersonnelle qui contribuait à conférer de la signification à l'expérience de vie du survivant". (Kouri, 1990 :8).

Cette perspective plus sociale du deuil ne nie pas la douleur, ni les autres manifestations du deuil; elle souligne plutôt que les endeuillés éprouvent de la solitude, un sentiment d'abandon et d'isolement. La perspective sociale du deuil

favorise la recherche des facteurs de vulnérabilité et de rétablissement (Stroebe et al, 1988; Vachon et Stylianos, 1988, cités dans Kouri, 1990: 8).

Signalons enfin que, parmi les facteurs d'inadaptation au deuil, c'est-à-dire rendant difficile le processus normal de deuil, on retrouve: une relation d'attachement au défunt marquée d'ambivalence et de dépendance, des circonstances de mort soudaine violente ou socialement inacceptable, une vulnérabilité personnelle du survivant aux facteurs de stress, une absence de soutien social adéquat (Raphael, 1983; Shackleton, 1984; Sanders, 1988, cités dans Kouri, 1990: 9). La famille et le réseau social constitueraient les facteurs les plus influents dans le processus d'adaptation qu'est le deuil (Raphael 1983, cité dans Kouri, 1990: 9).

Nous retenons de ces écrits les réactions diverses qu'un deuil peut susciter, ces réactions allant d'une dépression sévère s'étendant sur plusieurs années à des réactions qui n'ont pas l'intensité des premières, ni au moment du décès ni après. De plus, le deuil est un processus d'adaptation et il comporte quatre phases allant de l'engourdissement à la réorganisation. Retenons également que la réaction de deuil peut être causée autant par la perte d'une personne chère à qui l'on tenait beaucoup que par tout ce que son départ a laissé de béant dans la vie des survivants.

Enfin, nous retenons parmi les facteurs d'inadaptation au deuil celui touchant la mort soudaine, violente et socialement inacceptable et parmi les facteurs d'adaptation au deuil, ceux touchant l'acceptation de la réalité de la perte, le retrait de l'énergie émotionnelle investie dans la relation avec le défunt et le réinvestissement de cette énergie ailleurs. La famille et l'environnement social permettent le réinvestissement de l'énergie émotionnelle du survivant ailleurs.

Voyons maintenant les réactions de deuil des survivants au suicide d'un membre de la famille.

Les travaux de Cain (1972) sont souvent cités depuis leur parution. S'inspirant des théories psychanalytiques et de l'attachement, Cain relie le comportement suicidaire de certains survivants à des réactions de deuil atypique ou pathologique, ce type de deuil désignant l'ensemble des réactions déviantes au processus de deuil normal. Cain (1972) rapporte les résultats de huit études parues entre 1947 et 1968 qui identifient chez ces survivants du suicide, une histoire familiale parsemée de suicides. Il rapporte entre autres celle d'une famille dont un de ses descendants s'est suicidé à l'âge de 45 ans et ce, dans cinq générations consécutives.

Rudestam (1977) a rencontré les proches parents de 39 personnes décédées par suicide: 23 % d'entre eux ont reconnu avoir entretenu des idées de suicide une fois sur quatre de façon sérieuse. Hauser (1987) cite deux études rapportant des comportements suicidaires antérieurs au sein des familles du tiers d'une centaine de patients suicidés (Jameison, 1930) et de patients suicidaires (Wall, 1944). Roy (1986, cité dans Kouri, 1990: 12) à la suite d'une revue des écrits, conclut qu'à l'instar des autres maladies mentales, le suicide semble caractériser l'histoire de certaines familles.

Farberow et Simon (1969, cités dans Kouri, 1990: 12), dans une étude menée auprès des familles de 50 personnes décédées, ont constaté chez les père et mère des sujets décédés, un taux de décès par suicide 88 fois supérieur à celui du même groupe d'âge à la même période. Rounsaville et Weissman (1980 cités dans Kouri, 1990: 13) ont pu démontrer que 6 % de leur échantillon (n:62) hospitalisé après une tentative de suicide, avait commis leur tentative moins d'un mois après le suicide ou la tentative suicidaire d'une personne significative et, l'étude des circonstances entourant les deux séries de comportements suggérait qu'il existait clairement un lien entre les deux. Comment expliquer ce lien? Peu d'études en font l'analyse.

Cependant, comme il a déjà été souligné, le suicidé et les survivants sont intimement liés:

" Si le suicide demeure un acte intensément personnel, il n'en comporte et n'en reflète pas moins une dimension interpersonnelle cruciale: le survivant doit désormais s'inscrire dans une démarche qui reflète le vécu qu'il partageait avec le suicidé et le message qu'il retient du geste du suicide". (Grenier & Kouri, 1988 :41; Whitis, 1972).

Dans sa recherche d'explications, le survivant est porté à se blâmer (Dunn & Morrish-Vidners, 1987; Rudestam, 1987) et à se culpabiliser. Certains travaux comparant le deuil de survivants suite à un accident, une maladie ou un suicide, ont démontré que les survivants d'un suicide ont des réactions de culpabilité plus intenses et plus durables que les autres (Demi et Miles, 1988; Farberow et al, 1987; Sheskin et Wallace, 1976). De plus, le suicide survient habituellement à la suite de messages par lesquels le suicidaire annonce ses intentions à l'entourage. Celui-ci ne les entend ou ne les comprend pas toujours. Cette situation contribue à rendre difficiles les communications familiales et augmente la culpabilité des survivants.

Le survivant doit aussi subir la réprobation sociale tant des institutions officielles que du milieu social environnant, ce qui contribue à accentuer le sentiment de blâme et d'isolement qu'il éprouve déjà (Thornton, Whittermore et Robertson, 1989; Goldney, Spence et Moffit, 1987; Calhoun, Selby et Walton, 1986, cités dans Kouri, 1990: 16). Des études ont rapporté que parfois, une conspiration du silence s'établit autour d'eux (Dunn et Morrish-Vidners, 1987). Par contre, d'autres ont démontré que les survivants eux-mêmes contribuaient parfois au maintien du voile du silence (Solomon, 1983; Rudestam, 1977).

Des facteurs de personnalité associés à la capacité d'aborder ouvertement et de gérer adéquatement les sujets délicats même dans des conditions défavorables sont des facteurs importants à considérer dans l'étude des conduites suicidaires de même que

la considération du réseau de soutien le plus proche des survivants soit la famille elle-même. Les éléments suivants se dégagent des écrits ci-haut rapportés: il existerait un risque plus élevé de suicide dans les familles survivantes au suicide que dans les autres familles. De plus, le suicide semble caractériser la vie de certaines familles de génération en génération. Parmi les facteurs de stress qui accompagneraient la démarche suicidaire chez les survivants, se retrouvent les facteurs suivants: le deuil lui-même défini comme un processus d'adaptation à une perte significative, les interactions et la communication existant entre les membres de la famille, les réactions des membres de l'entourage parfois blâmantes, culpabilisantes et réprobatrices, la personnalité du survivant, la difficulté à gérer adéquatement des sujets délicats dans des conditions défavorables et enfin, l'absence de soutien du réseau social et du réseau familial.

Ces différents résultats éclairent de façon importante l'objet d'étude de la recherche et ils incitent à s'intéresser de plus près aux rôles joués par les difficultés de la vie familiale sur la conduite suicidaire des survivants. La façon avec laquelle les membres de la famille évaluent les événements et répondent à ces événements semblent également des facteurs importants dans le développement des crises suicidaires. Ces questions sont en lien avec la question de Tousignant et al (1988); y aurait-il des facteurs de protection contre les facteurs de risque identifiés?

Après avoir examiné plusieurs études sur les facteurs familiaux reliés à la conduite suicidaire chez les survivants du suicide, le chapitre suivant présente le cadre théorique de la présente recherche.

CHAPITRE III

CADRE THÉORIQUE

Ce chapitre fait la synthèse des résultats de quelques études présentées au chapitre 2 et permet de faire certains liens entre les tensions familiales, les réponses d'adaptation aux tensions et la conduite suicidaire; il présente également les modèles d'analyse existants, les raisons motivant le choix du modèle retenu de même que les hypothèses à l'étude et la définition des principaux concepts.

Les questions de la recherche portent, on l'a déjà vu, tantôt sur les événements de vie familiale qui contribuent à faire monter les tensions, tantôt sur les réponses d'adaptation utilisées par la famille pour faire face aux tensions provoquées par les événements de vie familiale et sur le lien entre les tensions, les réponses d'adaptation et la conduite suicidaire.

1. Synthèse des principaux résultats des études portant sur les facteurs associés au suicide

Plusieurs études soulignent les tensions qui peuvent conduire vers le suicide. Tousignant et al (1988) identifient l'organisation familiale (non disponibilité affective, instabilité). Corder (1974) reconnaît chez les adolescents le fait d'avoir déjà été en contact avec le suicide dans leur famille. Adam (1982) souligne le fait d'avoir perdu un des deux parents. Cain (1972) relie le comportement suicidaire de certains survivants à des réactions de deuil atypiques ou pathologiques. Morrish-Vidners (1987) et Rudestam (1987) soulignent les difficultés de la communication familiale et les réactions de culpabilité intenses suivant le suicide d'un proche. Toutes ces tensions sont donc perçues dans les écrits comme de possibles prédicteurs ou facteurs associés à la conduite suicidaire.

Ces mêmes études s'intéressent aussi aux façons de faire face aux tensions. En effet, Tousignant et al (1988) s'interrogent s'il existe des facteurs de protection (des réponses) aux facteurs de risque (tensions) identifiés. Malgré les tensions vécues, existe-t-il des contreponds à ces tensions ou des réponses d'adaptation à ces tensions

qui empêcheraient le processus suicidaire de s'amorcer ou à tout le moins, d'être retardé s'il est amorcé?

Corder et al (1974) identifient que les réponses d'adaptation suivantes sont importantes chez les adolescents, soit la possibilité de s'exprimer, d'avoir des contacts avec les pairs et l'opportunité de prendre des décisions. Tel que vu précédemment, Farber (1977) explique que l'une des variables importantes à considérer pour expliquer la répétition du suicide est la non disponibilité affective dans les rapports familiaux. Dans les familles où la disponibilité affective est à un bas niveau, le risque de suicide est à un haut niveau. Ces études ont en commun de lier la conduite suicidaire à certaines tensions familiales et à des réponses d'adaptation inadéquates face à ces tensions. Donc, ce qui ressort de ces études, c'est l'établissement d'un lien entre les trois éléments suivants, soient les tensions, les réponses d'adaptation et la conduite suicidaire.

D'autre part, dans la présente recherche, pour approfondir l'étude de ces liens, il fallait être en mesure de définir et d'identifier les tensions auxquelles étaient soumises les familles survivantes au suicide, de même que les réponses d'adaptation utilisées par celles-ci, de les mesurer et d'identifier celles parmi les tensions et les réponses d'adaptation qui étaient reliées de façon significative à la conduite suicidaire des survivants.

Une revue des écrits des différents modèles d'analyse des tensions et des réponses d'adaptation a permis d'en retenir un en particulier. La prochaine section décrit les différents modèles existants et motive le choix retenu.

2. Modèles d'analyse existants

L'adaptation des individus au stress implique que soient utilisées de façon souple, plusieurs stratégies de types cognitif, social et comportemental (Bandura, 1981, cité

dans Patterson et McCubbin, 1987). Dans leur revue des écrits sur le sujet, Moos et Billings (1982) soulignent cinq angles à partir desquels l'adaptation (coping) a été examinée, soit a) l'angle de la psychanalyse qui a mis l'accent sur le processus du moi pour résoudre les conflits entre les pulsions internes et la réalité extérieure; b) l'angle du cycle de vie où la maîtrise des transitions développementales augmente les ressources adaptatives des individus telles que l'estime de soi et le contrôle interne; c) l'angle de la modification du comportement qui met l'accent sur les stratégies de résolution de problèmes; d) l'angle culturel et socio-écologique qui met l'accent sur l'adaptation à l'environnement physique et culturel; e) l'angle intégrateur qui voit l'adaptation comme possédant la capacité d'ajouter ou de diminuer les demandes provenant des événements de vie et des contraintes (Moos et Billing, 1982, cité dans Patterson et McCubbin, 1987).

L'importance accordée aux mécanismes d'adaptation (coping) dépend largement du modèle utilisé pour définir le stress. Traditionnellement, le stress a été défini soit en terme de pressions de l'environnement sur l'individu, soit en terme de besoins bloqués à l'intérieur de l'individu, soit en terme de conséquences telles la détresse ou la maladie. Chacune de ces approches met l'emphase sur un élément particulier d'un processus complexe (Dewe et Guest, 1988). Ce sont les théories cognitives telles que développées par Lazarus (1966), French, Rodger et Cobb (1974), McGrath (1970) qui ont le mieux analysé le stress. Selon ces auteurs, le stress est une relation existant entre la personne et l'environnement que celle-ci évalue comme taxant ou excédant ses ressources et mettant en danger son bien-être (Folkman, 1984, cité dans Dewe et Guest, 1990). En établissant cette relation, le «coping» (les réponses d'adaptation) joue un rôle central.

Le «coping» peut être défini comme un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux faits pour maîtriser, réduire ou tolérer les demandes internes et/ou externes créées par des transactions stressantes (Folkman, 1984, cité dans Dewe et Guest, 1990). Les efforts faits pour s'adapter sont distingués conceptuellement du

succès obtenu par ces efforts.

Pour bien comprendre quel est le rôle du «coping» dans le processus de stress, il faut pouvoir mesurer et classifier les réponses d'adaptation. Selon Latack et Havlavic (1992) l'intense intérêt des chercheurs pour le stress a conduit à une prolifération de mesures des réponses d'adaptation au stress (coping). Ils en dénombrent plus d'une quarantaine développées entre les années 1976 et 1990.

Même si elle n'est pas dénuée d'erreur, les réponses d'adaptation n'étant pas toutes complètement conscientes, la méthode la plus appropriée pour les mesurer est l'auto-évaluation (Dewe et Guest, 1990). Pour les classifier, on peut tenir compte de la distinction établie par Folkman et Lazarus (1980) qui ont divisé en deux catégories les mécanismes ou les réponses d'adaptation au stress. La première catégorie a pour cible les problèmes, privilégie une action directe et s'attaque aux sources du stress; la seconde a pour focus les émotions, privilégie une action palliative et tente de diminuer le malaise émotif causé par le stress. Dewe et Guest (1990), Pearlin et Schooler (1978) ont fait une classification légèrement différente. Ils ont identifié les réponses qui changent la situation, celles qui modifient le sens ou l'appréciation du stress et celles qui visent à contrôler les sentiments d'inconfort. Latack (1986) a distingué quant à elle, trois catégories qu'elle nomme contrôle, fuite et gestion des symptômes. Le contrôle et la fuite impliquent tous les deux, action et réévaluation cognitive.

Patterson et McCubbin (1987) ont ajouté aux réponses d'adaptation utilisées par l'individu, celles utilisées par la famille, pour développer l'orientation théorique à la base du modèle ABC-X dans une perspective socio-familiale en y intégrant les approches cognitive (intra psychique) et behaviorale et en cherchant à unifier quatre composantes qui interagissent et qui influencent le développement et l'adaptation des individus. Ces quatre composantes sont les demandes, les ressources, les définitions/significations et les réponses d'adaptation (coping). Elles ont été

incorporées dans le modèle d'adaptation familiale Double ABC-X.

Les demandes, ce sont les stressors récents et anciens, les ressources sont celles qui sont personnelles, familiales et communautaires, la définition/signification concerne les demandes et les ressources disponibles et les réponses d'adaptation sont celles d'ordre cognitif et/ou comportemental d'un individu ou d'un groupe d'individus (par exemple, une famille) pour réduire ou contrôler les demandes.

L'intégration de la théorie du «coping» individuel et de la théorie du stress familial a fourni les assises non seulement pour le développement d'un instrument de mesure des réponses d'adaptation au stress, le F-Copes (McCubbin, Larsen et Olson, 1981) mais aussi pour la compréhension de la crise (suicidaire) à partir de facteurs multiples composant le modèle Double ABC-X (Patterson et McCubbin (1981).

A cause de ses caractéristiques, entre autres ses postulats de base, les concepts de tensions et de réponses d'adaptation démontrant la complexité de la dynamique menant à la crise, le modèle d'analyse utilisé par McCubbin et al (1981), d'inspiration socio-familiale, convient bien aux besoins de l'étude sur les tensions familiales, les réponses d'adaptation au stress et la conduite suicidaire. Le modèle retenu est décrit dans la section suivante.

3. Le modèle Double ABC-X des stressors familiaux

En lien avec l'approche développementale de la famille de Hill (1958) et la théorie des systèmes, nous présenterons d'abord le modèle double ABC-X des stressors familiaux de McCubbin et Patterson (1981) et ensuite l'échelle d'adaptation au stress (McCubbin, Larsen et Olson, 1981). Ce modèle choisi pour développer le cadre conceptuel et élaborer les hypothèses de travail a été retenu également parce que ses auteurs, des chercheurs familiaux, s'intéressent depuis de nombreuses années à l'étude systématique de tous les types de stress que peut vivre une famille. Leurs

recherches s'effectuent depuis quelques années dans un projet majeur intitulé "Family Stress Coping and Health Project", projet qui se déroule aux États-Unis, à l'Université de Wisconsin à Madison (McCubbin et Thompson, 1991).

D'autre part, ces chercheurs ont développé deux échelles de mesure dont une sur les événements et les changements de la vie familiale (File) et l'autre sur les réponses d'adaptation de la famille aux tensions suscitées par ces événements et changements de la vie (F-Copes). Avec leur permission, ces deux échelles ont été utilisées dans cette étude. Toutefois, il est à noter que ce modèle et les échelles de mesure qu'il contient n'ont jamais été appliqués à la problématique du suicide avant la présente étude.

Dans un premier temps, Hill (1958 cité dans McCubbin et Patterson, 1981: 106) a développé le modèle ABC-X sur la crise familiale dans lequel:

A (l'événement stresser) en interaction avec
B (les ressources que possède la famille pour affronter la crise) en interaction avec
C (la définition que fait la famille de l'événement) produit
X (la crise).

McCubbin et Patterson (1981) extensionnant le modèle de Hill, ont développé le modèle Double ABC-X pour décrire plus adéquatement l'adaptation de la famille au stress ou à la crise. Le Double A inclut non seulement le stresser original mais également l'accumulation des changements et/ou événements de vie (pile-up) expérimentés (ou vécus) par la famille au même moment. La famille qui est déjà aux prises avec certains changements de vie, par exemple, le départ de la maison d'un adolescent, peut manquer de ressources pour s'adapter à d'autres événements (stresseurs) additionnels qui se produiraient au même moment (par exemple, une dispute familiale).

Le concept de "pile-up" ou "d'accumulation" des changements ou des difficultés dans la vie familiale est défini comme étant la somme des stressors normatifs ou développementaux, non normatifs ou situationnels et des contraintes déjà existantes à l'intérieur de la famille. Un événement stressor normatif ou développemental serait par exemples, la retraite, le départ d'un enfant ou encore le fait de devenir parent, et un événement non normatif ou situationnel serait par exemple, la maladie, le divorce ou encore les changements dans la situation économique de la famille.

Ce concept (pile-up) permet de comprendre que certaines familles sont plus vulnérables que d'autres, à un stressor apparemment unique. Si les ressources familiales pour affronter ce stressor sont déjà utilisées ailleurs ou épuisées du fait d'avoir eu à affronter les autres changements ou difficultés de vie (normatifs et situationnels), les membres de la famille peuvent être incapables de faire les ajustements nécessaires. En d'autres termes, les événements dans la vie de la famille s'additionnent et à un certain point donné, atteignent les limites de la capacité de la famille à s'ajuster. C'est à ce point de saturation que peuvent être anticipées certaines conséquences négatives pour le système familial et/ou pour ses membres.

Cette théorie est en lien direct avec la théorie des systèmes.

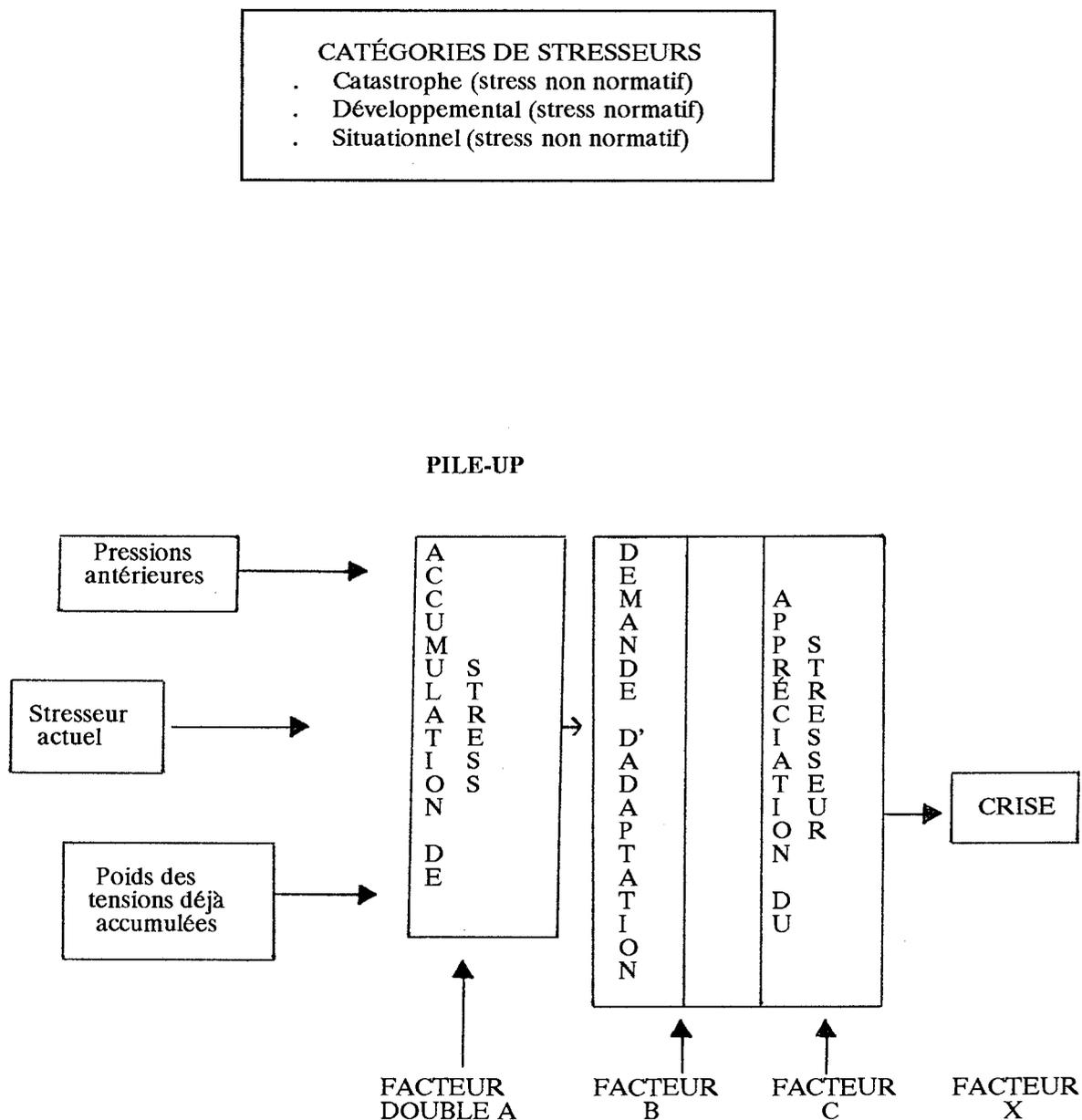
"le lien entre la recherche sur le stress et la maladie et la théorie sur le stress familial est plausible, bien que non encore testé de façon empirique et peut être mis de l'avant si l'on considère la famille comme un système: les événements qui ont un impact sur une personne dans une famille vont affecter les autres personnes dans la famille à un degré quelconque. De même, un changement dans une partie du système demande un réajustement de tout le système et de chacun des membres pris individuellement. Les événements de vie tant normatifs que situationnels, expérimentés par la famille prise comme un tout, ou par un de ses membres, sont additionnés ensemble pour déterminer l'étendue de changement de vie dans une famille. A partir de ces prémisses, on peut s'attendre à ce que l'accumulation des changements dans la famille soit associée à un déclin du fonctionnement familial et des membres pris individuellement". (McCubbin et Patterson, 1981, cités dans McCubbin et Thompson, 1991: 82). Traduction libre de l'auteur.

Après Hill (1958), McCubbin et Patterson (1981) définissent le stresseur comme un événement de la vie (normatif ou non normatif) qui affecte l'unité familiale à un point précis dans le temps, et qui produit un changement dans le système social de la famille. Le stress familial défini comme un état de tension émerge d'une demande réelle ou seulement perçue et qui appelle un comportement adapté.

Les souffrances de la famille, associées aux demandes qui lui sont faites en relation avec l'événement stressant (exemple: augmentation de l'endettement de la famille à cause de la perte d'un emploi) et la présence de stress accumulé dû à des événements stressants antérieurs, sont vécues par la famille comme des demandes avec lesquelles elle doit composer. Le modèle Double ABC-X des stresseurs familiaux et des tensions, permet d'apprécier l'effet d'un stresseur qui s'additionne à d'autres et qui peut provoquer au moment précis de son arrivée, ce qu'il est convenu d'appeler une accumulation (pile-up). Voici comment le modèle se présente sous une forme schématique.

FIGURE 3.1 ¹³

Modèle Double ABC-X, des stressseurs et des tensions familiales



¹³ Traduit de McCubbin et Patterson (1981);

4. Les réponses d'adaptation des familles au stress: le modèle F-Copes

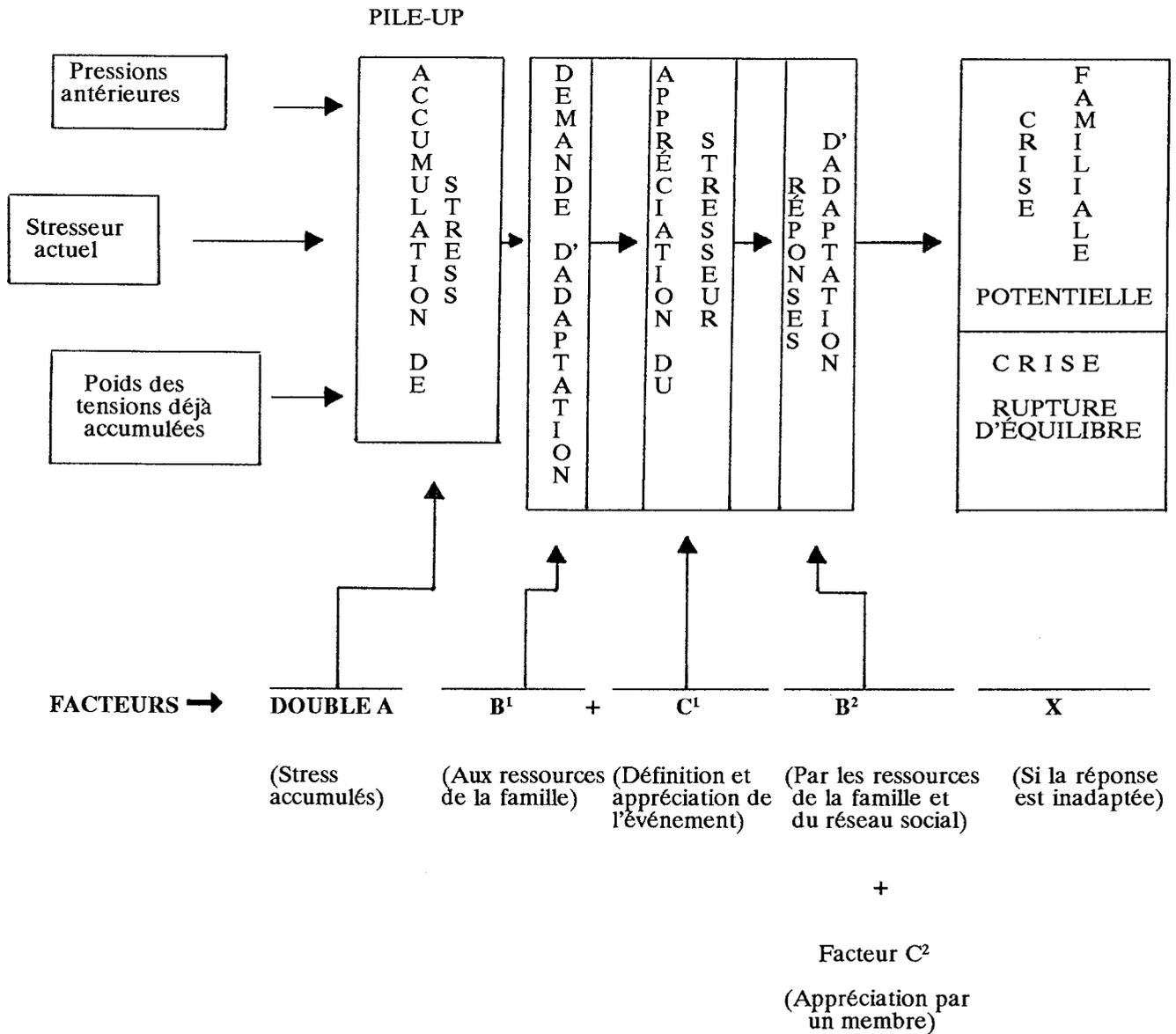
McCubbin, Larsen et Olson (1981) ont développé une compréhension particulière de la façon dont la famille tente de s'ajuster aux tensions provoquées par les difficultés et les changements de la vie familiale. Ils reprennent l'image que se sont faits Hill (1949) et Burr (1973) de l'adaptation de la famille au stress, à savoir que la famille agirait comme réacteur aux stress qui l'assaillent (facteur Double A) et comme régisseur des ressources que possède le système familial pour répondre au stress. Le processus actif d'adaptation de la famille implique la présence de stratégies d'adaptation (coping strategies) à l'intérieur même de la famille et aussi la présence de comportements d'adaptation dans les transactions qu'elle a avec la communauté. Ces stratégies aux dires de McCubbin et al., ont reçu jusqu'à présent peu d'attention. Les ressources de la famille (facteur B) comprennent le support du réseau social incluant la famille éloignée, les amis et voisins, (Caplan, 1976; Litwak & Szelenyi, 1969 cités dans McCubbin et al. 1981: 143). Le sens ou l'appréciation qu'un membre de la famille donne (facteur C) à une situation stressante fait également partie des stratégies d'adaptation de la famille (McCubbin, Larsen et Olson, 1981) (figure 3.1). Les incidents qui éventuellement conduisent à un mauvais fonctionnement ou à la crise (facteur X), peuvent dépendre de la présence ou de l'absence d'explication qui aide la famille à comprendre ce qui se produit, pourquoi et comment surmonter la situation avec l'aide de l'environnement social. Les stratégies d'adaptation familiale ne se créent pas simultanément mais évoluent de façon progressive dans le temps. La création progressive de tels comportements d'adaptation selon le modèle F-Copes implique que soient gérées de façon simultanée plusieurs dimensions de la vie familiale telles le maintien de conditions internes satisfaisantes de communication et d'organisation familiale, la promotion de l'indépendance et de l'estime de soi et de ses membres, le maintien de la cohésion et de l'unité dans la famille, le maintien et le développement de support social dans la communauté, le maintien des efforts engagés pour contrôler l'impact des stressseurs et la quantité des changements dans l'unité familiale (Gerhardt, 1979 cité dans McCubbin, Larsen et Olson, 1981: 143).

Les réponses d'adaptation font partie des mécanismes adaptatifs utilisés pour maîtriser les demandes liées au stress. La première fonction des mécanismes d'adaptation est de régulariser les émotions, tandis que la deuxième fonction est d'agir sur les problèmes et d'en diminuer les effets ou les conséquences négatives. Elles servent à s'accommoder au stress et à empêcher l'invasion de tout l'organisme par la détresse. (Séguin, 1989) Selon Monique Séguin, certains individus s'ajustent au stress selon un style qui leur est propre alors que d'autres répondent à certaines situations selon des modèles similaires.

Pour résumer cette section, voici comment le modèle ABC-X et celui des stratégies d'adaptation peuvent se combiner (figure 3.2).

FIGURE 3.2

Combinaison des Modèles DOUBLE ABC-X ET F-COPES ¹⁴



¹⁴ Traduit et adapté de McCubbin et Patterson (1981) et de McCubbin, Larsen et Olson (1981);

5. Hypothèses de recherche

Tel que l'a démontré Aldridge (1984) dans sa revue des écrits, l'adoption d'une conduite suicidaire peut être une stratégie d'adaptation à une crise en développement dans la famille. D'autre part, les crises familiales dans le modèle Double ABC-X sont le résultat de l'effet cumulatif de stress (dont le suicide d'un membre de la famille) et de mauvaises réponses d'adaptation aux stress (figure 3.2). En tenant compte de ce qui se dégage de la revue des écrits sur les facteurs reliés à la démarche suicidaire et de l'étude des tensions familiales et des réponses d'adaptation utilisées par les familles pour y répondre, et dans le but d'élucider la question principale posée dans cette recherche sur les facteurs reliés à la conduite suicidaire des survivants au suicide d'un proche, les hypothèses suivantes ont été formulées.

Hypothèse 1

Dans les familles survivantes au suicide et dont aucun des membres n'a adopté une conduite suicidaire (SURV-NS), le nombre d'événements et/ou de changements dans la vie familiale est **au-dessus** de la moyenne (COMP-NS), et les réponses d'adaptation, **au-dessus** de la moyenne (COMP-NS) ¹⁵.

Hypothèse 2

Dans les familles survivantes au suicide d'un membre de leur famille et dont un des membres a adopté une conduite suicidaire (SURV-S), le nombre d'événements et/ou de changements dans la vie familiale est **au-dessus** de la moyenne (COMP-NS), et les réponses d'adaptation sont **en-dessous** de la moyenne (COMP-NS).

¹⁵ La moyenne avec laquelle seront comparées les familles tant du groupe cible (SURV) que du groupe de comparaison (COMP), sera celle des familles du groupe de comparaison qui participeront à l'étude et qui n'ont pas de conduite suicidaire (COMP-NS);

Hypothèse 3

Dans les familles qui n'ont pas vécu de suicide et dont un des membres a adopté une conduite suicidaire (COMP-S), le nombre d'événements et/ou de changements dans la vie familiale est **au-dessus** de la moyenne et les réponses d'adaptation sont **en-dessous** de la moyenne.

Plusieurs études cliniques et empiriques établissent des liens entre les événements de vie, les stratégies d'adaptation, et le développement de crises. La conduite suicidaire peut faire partie du répertoire de réponses de certaines familles pour répondre aux crises en développement (Aldridge, 1984). Il est plausible alors de penser que le comportement suicidaire pourrait également être une réponse d'adaptation à certaines tensions subies par les familles qui n'ont pas vécu de suicide dans leur famille immédiate (COMP). C'est dans cet esprit et avec l'idée de comparer sur l'ensemble des questions le groupe cible avec le groupe de comparaison que ces hypothèses ont été formulées.

Ainsi, les variables dépendantes sont le vécu de suicide et la présence de conduite suicidaire dans la famille et les variables indépendantes sont: les événements ou changements dans la vie de la famille et les réponses d'adaptation. La figure 3.3 présente les variables de la recherche de façon schématique.

FIGURE 3.3

Variables de la recherche

Variables indépendantes	sont en relation avec	Variables dépendantes
1. Accumulation d'événements, et/ou changements dans la vie de la famille et les 2. Réponses d'adaptation de la famille aux événements, et/ou changements dans la vie de la famille		1. Vécu de suicide 2. Présence de conduite(s) suicidaire(s) dans la famille (idéation, tentative)

La présence d'événements et/ou changements dans la famille dont le nombre, le poids et l'identification restent à déterminer, et les réponses d'adaptation sont en relation avec la présence de conduite(s) suicidaire(s) dans la famille.

Certaines variables additionnelles ont également une incidence sur l'adoption de conduite(s) suicidaire(s), telles le sexe, l'âge du survivant, le lien avec le défunt, le stade de vie dans lequel se trouve la famille présentement. Ces variables et d'autres encore telles les antécédents suicidaires dans la famille du conjoint et dans la famille du répondant de l'étude et l'appartenance au territoire seront conservées comme variables-contrôle.

6. Définition des principaux concepts

Une grande partie des concepts de cette étude est tirée des modèles des stressors familiaux et des réponses d'adaptation au stress présentés précédemment, à l'exception des concepts de famille, suicide, famille survivante et processus suicidaire. Pour la définition de ces concepts, nous nous référons principalement aux approches psychologique, systémique et familiale auxquelles la revue des écrits a fait référence.

6.1 Concept de pile-up ou d'accumulation des événements ou changements de la vie familiale

Comme il a déjà été développé précédemment, seuls quelques éléments d'explication de ce concept seront repris ici.

Le concept de "pile up" ou d'accumulation des changements de la vie familiale est défini comme étant la somme des stressors normatifs et non normatifs et des contraintes déjà existantes à l'intérieur de la famille. Ce concept permet de comprendre pourquoi certaines familles sont plus vulnérables que d'autres à un

stresseur apparemment unique. Si les ressources familiales pour affronter ce stresseur sont déjà utilisées ailleurs, les membres de la famille peuvent être dans l'impossibilité d'y faire face.

Les événements de vie tant normatifs que situationnels expérimentés par la famille sont additionnés ensemble pour déterminer l'étendue de changements dans la vie de la famille.

6.2 Stresseur normatif et non normatif

Après Hill (1958), McCubbin et Patterson définissent le stresseur comme un événement de la vie (normatif ou non normatif) qui affecte la famille à un point précis dans le temps, et qui produit un changement dans le système social (McCubbin et Patterson 1981, cités dans Olson, 1983: 106).

Un événement stresseur normatif serait une situation prévisible et normale liée au développement de la vie familiale à travers son cycle de vie, tels que la retraite, le départ d'un enfant de la maison. D'autre part, un événement stresseur non normatif serait de nature non prévisible de la vie familiale, se produisant fortuitement ou de façon inattendue tels que la maladie, le divorce ou encore le chômage. On dit qu'il s'agit alors d'un stresseur situationnel ou accidentel pour un stresseur non normatif et d'un stresseur développemental ou transitionnel pour un stresseur normatif (Golan 1978, cité dans McCubbin et Patterson, 1981: 107).

6.3 Stress familial

Le stress familial est défini comme un état de tension qui émerge d'une demande réelle ou seulement perçue et qui appelle un comportement adapté (McCubbin et Patterson, 1981). Les souffrances de la famille, associées aux demandes qui lui sont faites en relation avec l'événement stressant (exemple: augmentation de

l'endettement de la famille à cause de la perte d'un emploi) et la présence de stress accumulé dû à des événements stressants antérieurs, sont vécues par la famille comme des demandes avec lesquelles elles doivent composer.

6.4 Crise et crise familiale

Dans cette étude, le concept de crise est entendu au sens donné par Golan, c'est-à-dire "une rupture d'équilibre", (Golan, 1978 cité dans McCubbin, Patterson, 1981: 107) et celui de crise familiale au sens de Hill soit " tout changement dans la famille pour laquelle les stratégies d'adaptation habituelles sont inadéquates" (Hill, 1958, cité dans McCubbin et Patterson, 1981: 106).

6.5 Réponses d'adaptation au stress

Les réponses d'adaptation font partie des mécanismes adaptatifs utilisés par la famille pour maîtriser les demandes liées au stress. La première fonction des mécanismes d'adaptation est de régulariser les émotions, et la deuxième fonction est d'agir sur les problèmes et d'en diminuer les effets ou les conséquences négatives (Séguin, 1989). Le processus actif d'adaptation de la famille implique la présence de stratégies d'adaptation (coping strategies) à l'intérieur même de la famille et aussi la présence de comportements d'adaptation dans les transactions qu'elle a avec la communauté (McCubbin et Olson, 1981). Les stratégies d'adaptation identifiées par ces auteurs sont le support social, le recadrage, le support spirituel, la mobilisation de la famille et la valorisation de la passivité.

Le support social mesure l'habileté de la famille à s'engager dans la recherche de support de la part de ses membres, de ses amis, de ses voisins et de la famille élargie. Le recadrage évalue la capacité de la famille à redéfinir les événements stressants dans le but de les mieux gérer. Le support spirituel mesure l'habileté de la famille à acquérir du support spirituel. La mobilisation de la famille à acquérir et à accepter

de l'aide mesure l'habileté de la famille à rechercher les ressources de la communauté et à accepter l'aide des autres. La valorisation de la passivité mesure l'habileté de la famille à accepter les questions problématiques, minimisant ainsi leurs réactions aux problèmes.

6.6 Famille

Le concept central de cette étude est la famille immédiate entendu dans son sens le plus familier, c'est-à-dire celui de la **famille nucléaire** (le père, la mère, les enfants), ou celui de la **famille partielle** (habituellement la mère et son enfant) (Nye et Berardo, 1973). Par contre, il est parfois entendu dans son sens élargi pour inclure le père, la mère, les enfants, la parenté, c'est-à-dire, grand-père, grand-mère, oncle et tante (Nye et Berardo, 1973), et les personnes qui vivent avec la famille et avec qui celle-ci entretient un lien à long terme (McCubbin, Patterson et Wilson, 1981). A chaque fois que le sens utilisé ne semblera pas clair, il sera précisé. En général, lorsqu'il sera fait référence à la famille au sens élargi du terme, ce sera pour aider à mieux comprendre le vécu des familles immédiates.

6.7 Stades de développement

Les stades de développement de la vie familiale dont tient compte l'échelle de mesure File sont identifiés à l'aide des indicateurs suivants:

Indicateurs

- Stade 1: Mariage - jeune couple sans enfant
- Stade 2: Famille avec enfant d'âge pré-scolaire (0-5 ans)
- Stade 3: Famille avec enfant d'âge scolaire (6-12 ans)
- Stade 4: Famille avec adolescent à la maison (13-18 ans)
- Stade 5: L'enfant quitte la maison (19 ans et plus)
- Stade 6: Le nid vide (tous les enfants sont partis)
- Stade 7: La retraite (plus de 65 ans).

Le concept stade de développement ou cycle de vie a été développé par Hill et Rodgers (1964) puis repris par McCubbin et Patterson (1981). Un stade de développement est défini comme une étape de vie équilibrée, ponctuée de crises transitionnelles. Ce concept, issu de l'approche développementale (Hill, 1949; Hill et Rodgers, 1964) a l'avantage de considérer la famille de façon dynamique plutôt que statique. Le stade de vie atteint par la famille a été évalué à l'aide des indicateurs mentionnés ci-avant.

6.8 Niveau de stress

Selon McCubbin, Patterson et Wilson (1981, cités dans McCubbin et Thompson, 1987, 1991: 93), les niveaux de stress attribués pour chaque stade de vie vont de bas à modéré, à élevé. Le niveau de stress élevé dans une famille indique que la famille a vécu un nombre inhabituel de stressseurs, qu'elle est considérée comme vulnérable à des stressseurs futurs et qu'elle est alors moins capable de récupérer l'impact des problèmes. Il n'est pas rare que ces familles se sentent exténuées et en perte de contrôle. Le niveau de stress modéré dans une famille indique qu'elle est non problématique. Cependant, comme toutes les familles n'ont pas la même habileté à gérer le stress, plusieurs familles peuvent être vulnérables à ce niveau et un stressseur additionnel peut déclencher une crise. Le niveau de stress bas dans ces familles indique qu'elles sont équilibrées, que leur vie est sans incident, parfois banale et qu'elles peuvent rechercher leur équilibre dans la recherche d'expériences stressantes et stimulantes.

6.9 Suicide

Le concept de suicide est utilisé de la façon décrite par le Comité de la Santé mentale du Québec (1982) et reprise par Charron (1984). **Le suicide complété** comprend tous les décès dans lesquels un acte délibéré menaçant la vie et accompli par une personne contre elle-même a effectivement causé la mort. **La tentative de**

suicide comprend les situations où une personne a manifesté un comportement qui a mis sa vie en danger, avec l'intention réelle ou simulée de causer sa propre mort, mais dont l'acte suicidaire a abouti à un échec, voulu ou involontaire. **L'idéation suicidaire** comprend les situations où les comportements qui sont observés peuvent justifier de croire à une intention possible de suicide.

6.10 Famille survivante

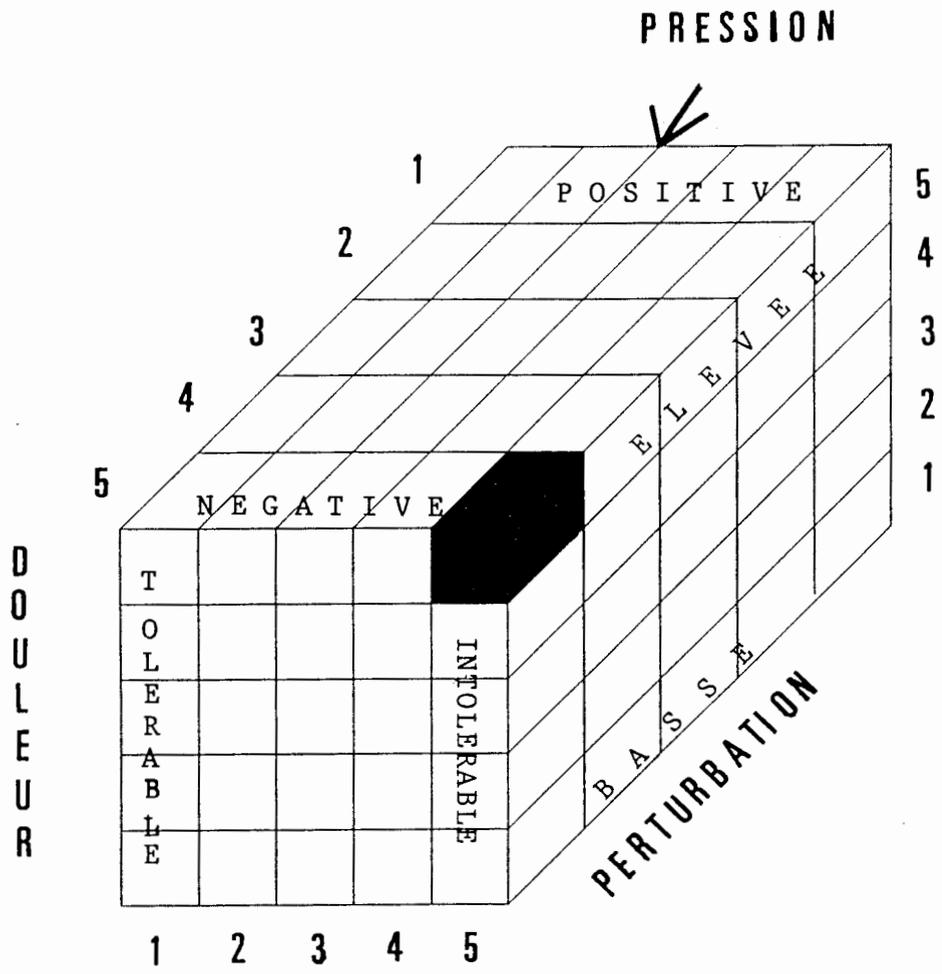
Le concept de famille survivante est employé ici dans le sens de famille immédiate et désigne les familles dont un des membres s'est suicidé. Le terme proche désigne lorsqu'utilisé, le membre de la famille qui s'est suicidé.

6.11 Processus suicidaire

En lien avec l'approche psychologique, Shneidman (1988) a développé un modèle intéressant pour aider à mieux comprendre comment on arrive au choix du suicide comme solution. A l'aide d'un cube à trois dimensions (figure 3.4), il explique que le suicide est imminent lorsque les trois variables suivantes illustrées dans le cube sont rendues à leur extrême limite: la pression est négative, la douleur est intolérable et la perturbation est aigue.

FIGURE 3.4

Un modèle cubique théorique du suicide ¹⁶



¹⁶ Traduit et adapté de Shneidman (1988);

Le concept de **pression** désigne ici les événements qui affectent l'individu et qui le font réagir alors que celui de la **douleur** réfère à la douleur psychologique rattachée à des besoins psychologiques contrariés, frustrés ou bloqués, ces principaux besoins étant l'accomplissement ou la réalisation de soi, l'autonomie, la reconnaissance et l'évitement de la honte, de l'humiliation et de la douleur. Le concept de **perturbation** décrit l'état d'agitation, de dérangement, d'excitation et de confusion de l'individu et se traduit par la réduction de la perception d'une part, et par le penchant pour l'action immédiate et irréversible d'autre part (Shneidman, 1988).

Dans la figure 3.4, il n'y a qu'une cellule qui représente un suicide accompli. Elle apparaît au coin droit supérieur (5-5-5); c'est cette seule cellule qui représente l'enchaînement de la douleur, de la pression et de la perturbation à son maximum. Il apparaît qu'une intervention faite de façon adaptée sur l'un ou l'autre des 3 volets du processus suicidaire avant qu'il n'ait atteint la cote maximale de 5, a des chances de mettre fin, du moins pour un temps, à tout le processus suicidaire (Shneidman, 1988).

Ce schéma explicatif théorique de la démarche suicidaire aide à comprendre ce phénomène sous l'angle plus personnel de la souffrance intérieure et de la détresse psychologique.

De son côté, l'Association québécoise de suicidologie (1990) suggère de distinguer deux paramètres pour l'étude de la démarche suicidaire chez un individu. D'abord, distinguer la démarche elle-même, puis les facteurs de risque, c'est-à-dire les facteurs qui influencent ou alimentent la démarche.

Les distinctions apportées par l'Association québécoise de suicidologie entre le processus suicidaire et les facteurs de risque sont importantes. Elles clarifient et mettent en lumière deux éléments nécessaires à l'analyse du comportement suicidaire,

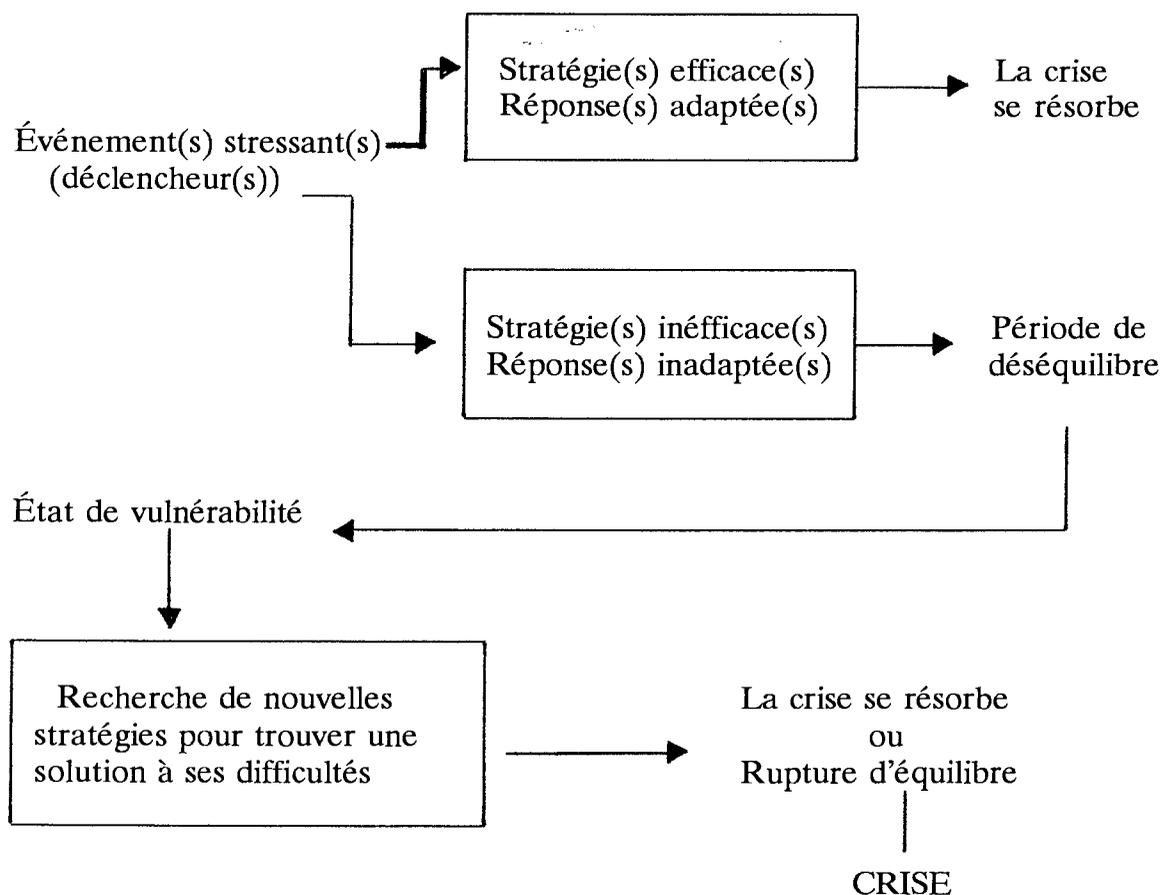
éléments parfois oubliés ou négligés. Par ce modèle, celui de Shneidman reçoit un complément important et il serait aisé d'utiliser conjointement ces deux modèles pour mieux comprendre le suicide. Selon l'Association québécoise de suicidologie (1990) le processus suicidaire découle du concept de crise. Selon le principe de l'homéostasie, tout être humain confronté à une crise déploie des stratégies pour s'adapter aux stress et retrouver son équilibre. On appelle ces stratégies, stratégies d'adaptation ou répertoire des mécanismes d'adaptation (voir aussi Séguin, 1989 et McCubbin et Patterson, 1981).

Voici comment la crise se développe: ¹⁷

¹⁷ Adapté de l'Association québécoise de suicidologie (1990:36);

FIGURE 3.5

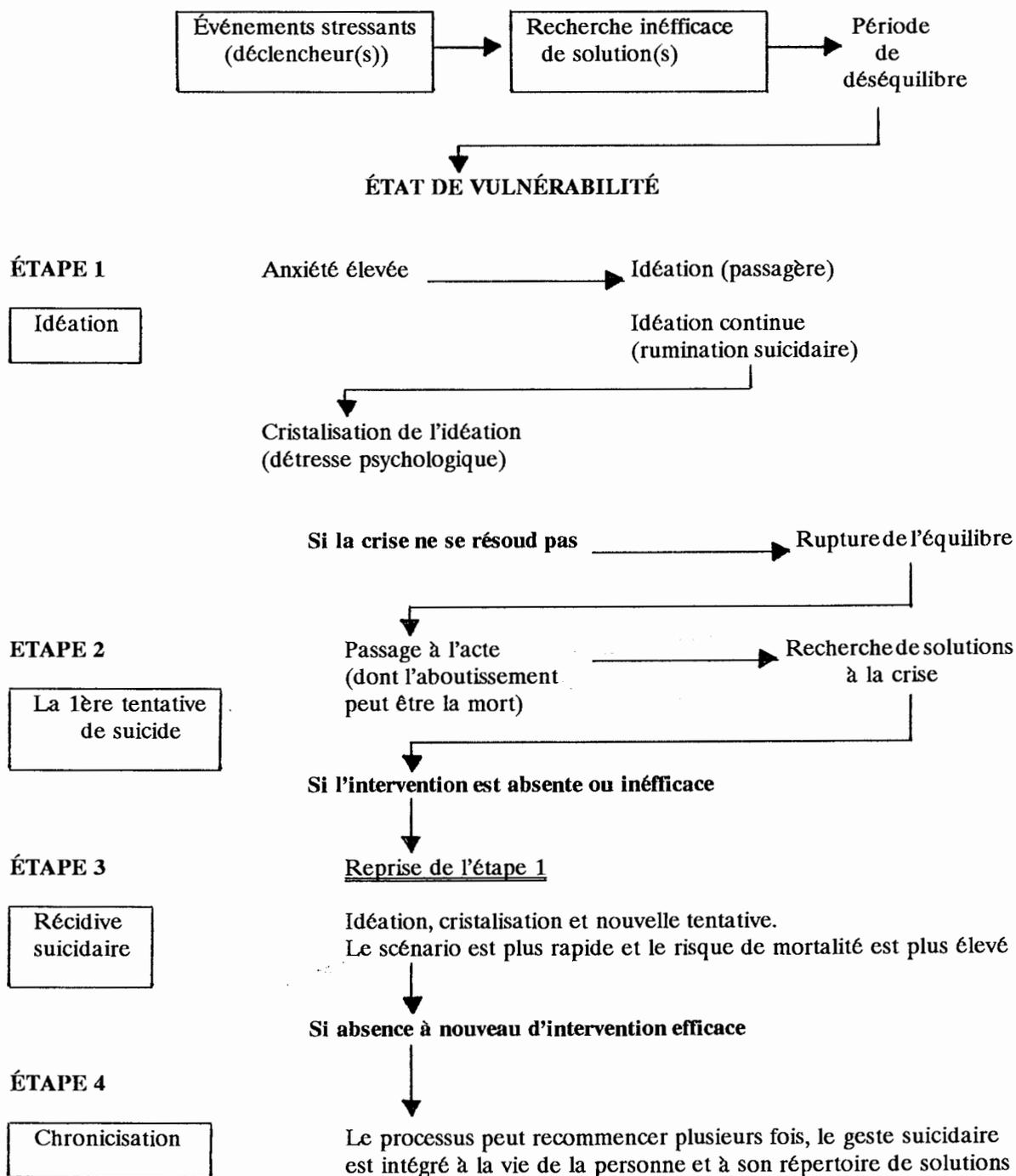
Développement de la crise



Le cheminement suicidaire s'inscrit dans une telle démarche de recherche active de solutions: le processus suicidaire de façon systématique se déroule en quatre étapes et il sera intéressant de noter qu'en des termes différents, il rejoint l'idée de point extrême avancée par Shneidman (1988).

Nous résumons ci-après, les quatre étapes du processus suicidaire de façon schématique et comme elles sont assez explicites, elles ne seront pas reprises, suite à la présentation du schéma (figure 3.6).

FIGURE 3.6

Le processus suicidaire à partir du concept de crise ¹⁸¹⁸ Adapté de l'Association québécoise de suicidologie (1990);

Après avoir regardé le processus suicidaire, voyons les facteurs qui alimentent le processus ou la démarche. Ces facteurs «de risque» sont divisés en deux catégories. La première catégorie: **les facteurs de vulnérabilité ou prédisposants**. Ce sont les facteurs qui se développent avec le temps et qui préparent le terrain au suicide. Ils regroupent les variables personnelles et familiales, sociales, médicales et psychiatriques (Groupe d'étude sur le suicide au Canada, 1987).

La deuxième catégorie: **les facteurs précipitants**. Ce sont les facteurs qui déclenchent la crise suicidaire. Ces facteurs sont d'ordre personnel et familial, social et économique. On retrouve parmi eux, les pertes et les deuils, c'est-à-dire toute forme de rupture d'un lien significatif avec un autre être vivant, et les problèmes liés à la vie professionnelle tels la perte de son emploi. (Groupe d'étude sur le suicide au Canada, 1987).

Référant à ces deux approches du suicide, il faut retenir que le processus suicidaire comprend quatre (4) étapes soient: l'idéation, la première tentative, la récurrence et la chronicisation, les trois dernières étapes pouvant mener au suicide complété. Ce processus est apparenté au modèle de développement de la crise dont il suit les étapes, soient: événements stressants déclencheurs, recherche de solutions, période de déséquilibre et rupture d'équilibre. De plus, la détresse psychologique est présente à l'étape de la cristallisation de l'idéation. Parmi les facteurs de risque favorisant le développement du processus suicidaire, se retrouvent des facteurs de vulnérabilité ou prédisposants et les facteurs précipitants.

En conclusion, le cadre d'analyse utilisé pour la présente étude est construit à l'aide de deux cadres théoriques existants et différents l'un de l'autre. Celui développé par l'Association québécoise de suicidologie décrit la conduite suicidaire comme étant l'aboutissement d'une crise et le début d'un autre processus, et l'autre cadre, développé par une équipe de chercheurs américains d'orientation familiale, montre comment se développent les crises familiales à partir de tensions accumulées. Les

deux cadres d'analyse utilisent les notions de crise et de processus. La notion de processus est centrale dans la présente étude parce que c'est elle qui permet de comprendre les liens existants entre les variables de l'étude et la démarche suicidaire elle-même. Le modèle de McCubbin et Patterson appliqué par nous à la crise suicidaire a été retenu pour faire l'étude des variables familiales influençant l'adoption de conduites suicidaires, et pour comprendre comment certaines familles survivantes en arrivent à adopter une telle conduite.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

L'objet de ce chapitre consiste en une présentation du devis de recherche utilisé dans l'étude, des instruments et des méthodes de cueillette de l'information de même que les méthodes d'analyse de l'information et les limites de l'étude.

1. Le devis

Notre devis a été choisi après l'analyse de différents devis de recherche utilisés dans d'autres études sur le suicide.

Parmi les 55 études recensées par McIntosh (1987) couvrant les années 1967 à 1986, il n'est fait état de la méthodologie utilisée que dans dix études. Cinq (5) d'entre elles sont des études cliniques (Ilan, 1973; Dorpat, 1972; Balk, 1983 et 1986; Whitis, 1968 et 1972; Wallace, 1973), deux (2) sont des études statistiques dont une avec groupe de comparaison (Shepherd et Barraclough, 1976) et une sans groupe de comparaison (Miles et Demi, 1986) et trois (3) sont des études qualitatives (Todd, 1981; Morse, 1984 et Silverman, 1972). Quant aux six (6) études traitant de la pensée suicidaire et les facteurs familiaux, et dont nous avons analysé la méthodologie, cinq (5) d'entre elles sont des études statistiques avec groupe de comparaison (Wright, 1985; De Mann, 1988; Adam, 1982; Tousignant, 1988 et Corder, 1974) et une (1) étude est clinique (Aldridge et Dallos, 1986).

Les critiques formulées à l'endroit des différents devis de recherche sur les survivants de suicide sont nombreuses. McIntosh (1987), à la suite de sa revue de littérature, fait état de ces critiques qui portent sur les thèmes suivants: la base des données, le petit nombre d'études menées, le devis de recherche, l'absence de groupe de comparaison et l'absence d'études longitudinales. La plupart des études ne réfèrent pas à des modèles théoriques. Certaines par contre utilisent des concepts reliés à certaines théories, celle du deuil de Bowlby (1980) par exemple. Ces concepts sont appliqués selon les préoccupations des chercheurs. La majorité des études ont été élaborées sans hypothèse de base et certaines portent sur des cas cliniques. Peu d'études ont

été menées jusqu'à maintenant de façon spécifique, par exemple sur les enfants et les adolescents, en appliquant des éléments de contrôle et en indiquant les limites à la généralisation des résultats.

Les devis pour la plupart sont incomplets ou insatisfaisants. McIntosh rapporte que plusieurs échantillons sont de petite taille, par exemple, l'étude de Wallace n'utilise que douze (12) sujets, celle de Silverman trois (3), Morse cinq (5) et Cain et Fast quarante-huit (48). Des biais sont introduits dans l'échantillonnage, par exemple, le recrutement a été fait via les journaux, les individus choisis font souvent partie d'un groupe d'accompagnement ou sont suivis en psychiatrie et, les cas étudiés ne comprennent que ceux qui ont accepté d'être rencontrés. Les études qui seraient comparables, par exemple sur la réaction des enfants survivants, ne comparent pas les mêmes choses (le sexe, l'âge du décédé et du survivant, la race, la culture, la tradition religieuse par exemple, le lien avec le décédé, la situation économique). De plus, peu ou pas d'études utilisent de groupe de comparaison. Presque toutes les études sont de nature rétrospective et utilisent la mémoire des individus survivants pour témoigner de leurs réactions. Par contre, cette limite est difficile à surmonter, et dans le contexte où la plupart des études sont faites après le décès, cette stratégie peut être considérée comme valable et pertinente.

Les faiblesses mentionnées ne s'appliquent pas aux études analysées qui traitent des stress familiaux reliés à la conduite suicidaire, à l'exception de celle d'Aldridge, (1986). La recherche de Wright (1985) sur l'incidence de pensées suicidaires chez 207 étudiants du High School et 901 étudiants du Collège, utilise l'analyse statistique. Celle menée par Tousignant et al (1988) sur la structure familiale, les relations parents-enfants et la conduite suicidaire à l'école secondaire paraît avoir été menée de façon rigoureuse et scientifique auprès de 2 327 élèves des niveaux 3e, 4e et 5e secondaires dans la région de Montréal et celle menée par Corder et al (1974) sur les tentatives de suicide chez les adolescents, l'histoire parentale et la communication utilise le groupe de comparaison.

C'est à partir des principales critiques formulées à l'endroit des devis de recherche sur le suicide que celui-ci fut construit. Il comprend un nombre important de personnes interrogées, un groupe de comparaison et des instruments de mesure qui ont été déjà validés dans d'autres études. Ce devis prévoit aussi un certain nombre d'entrevues avec des survivants du suicide qui ont eux-mêmes adopté une conduite suicidaire. Il comporte donc un volet quantitatif et un volet qualitatif, ce qui lui confère une ampleur et une portée considérables. En raison de l'étendue de ce projet de recherche (nombre de personnes interrogées et nombre de questions posées), le volet quantitatif sera prépondérant au volet qualitatif; ce dernier prendra son importance en venant éclairer certains aspects de l'étude, plus spécifiquement ceux reliés à l'expression du désir de mourir des survivants.

2. Le volet quantitatif

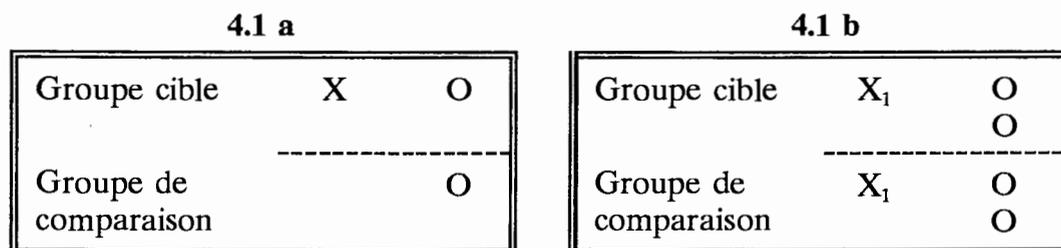
Le devis utilisé dans cette étude (figures 4.1 a et 4.1 b) est de type pré-expérimental, soit le "Groupe statique de comparaison" (Static Group Comparison) tel que présenté par Campbell et Stanley (1963) et Grinnell Jr (1986). Ce devis est utilisé lorsqu'un groupe qui a vécu une expérience X est comparé avec un autre qui ne l'a pas vécu, pour vérifier l'effet de l'expérience. Dans la présente étude, le groupe cible est formé de toutes les familles qui ont déjà vécu une expérience de suicide (X). L'identification de ces familles a été rendue possible grâce à la collaboration du Bureau du Coroner de Québec et c'est à partir de critères sélectionnés que les répondants du groupe cible ont été choisis.

Le groupe de comparaison quant à lui a été choisi dans la population, au hasard, mais de façon à ce que les familles soient appariées à celles du groupe cible selon certains critères (par exemple, provenir des mêmes territoires de MRC). Les familles des groupes cible et de comparaison ont été subdivisées ensuite selon une nouvelle expérience, à savoir avoir une conduite suicidaire (X_1) au moment de l'étude ou avoir eu une telle conduite au cours des 12 mois précédent l'étude. Dans les deux temps

d'analyse de l'étude, les groupes ont été soumis à des mesures (O). Le devis classique choisi a donc été utilisé pour comparer les deux groupes de départ (figure 4.1 a), puis pour faire l'analyse comparative des groupes cible et de comparaison subdivisés à partir d'une autre variable (X_1) (figure 4.1b).

Figures 4.1 a et 4.1 b ¹⁹

Devis Groupe statique de comparaison



Pour résumer, le devis quantitatif utilisé dans cette recherche est de type pré-expérimental avec groupe statique de comparaison.

2.1 Population à l'étude

Pour être en mesure de faire des liens valables entre les événements de la vie familiale, les réponses d'adaptation à ces événements et l'adoption d'une conduite suicidaire, il fallait d'abord miser sur une population suffisamment importante qui accueille dans son sein des personnes qui ont vécu un suicide dans leur famille immédiate au cours des dernières années. Deux séries de questions se sont posées.

¹⁹ Dans ce schéma, la signification des sigles est la suivante:

X = Avec vécu de suicide

X_1 = Avec conduite suicidaire

O = Mesure des événements de vie et des réponses d'adaptation

- - - - = Indique qu'il n'y a pas eu d'assignation au hasard

Adapté de Campbell et Stanley (1962:8);

La première concerne la population étudiée: quelle doit être son importance (nombre) et quels doivent être les critères de sélection? La deuxième concerne le choix des familles composant le groupe de comparaison: sur quelles bases les choisir pour pouvoir les comparer au groupe cible? Que devons-nous comparer?

Dans la thèse de doctorat de Louise Nadeau (1988) sur l'impact des événements et des difficultés de vie et des facteurs de vulnérabilité chez les femmes alcooliques, l'échantillon utilisé pour le groupe cible se composait de 40 femmes, et le critère de sélection était double: une alcoolisation pathologique datant de moins de cinq ans, et l'usage de l'alcool comme drogue principale. Elle n'a pas utilisé de groupe de comparaison.

D'autre part, dans une revue de littérature portant sur les mesures des événements de vie, Zimmerman (1983) rapporte que la grandeur des échantillons utilisés varie entre 42 et 863 personnes. Il rapporte par exemple que dans une étude sur les tentatives de suicide, Katzchnig (1981) avait fait passer le test RLCQ-(échelle de Rahe sur les récents changements de vie) à 42 personnes, tandis que Tenant et Andrews (1978) avaient pour leur part fait passer leur test à 863 patients.

Devant ces deux extrêmes, nous avons fait le choix d'utiliser les critères suivants pour choisir les participants de notre étude tant du groupe cible, que du groupe de comparaison.

D'abord pour être en mesure de réaliser nos objectifs de recherche, il fallait retracer pour notre groupe cible, toutes les familles ayant eu un suicide dans leur famille au cours des dernières années et de ce nombre, retracer une quantité suffisante de familles ²⁰ ayant dépassé le stade premier du deuil (en terme de temps écoulé

²⁰ Le nombre de 50 familles a été jugé un nombre minimum mais suffisant pour permettre d'effectuer certains tests statistiques requis dans une telle étude;

après le décès par suicide, c'est-à-dire au moins douze mois)²¹ et qui accepte de participer à l'étude. En ce qui concerne le groupe de comparaison, l'échantillon de familles devait être choisi dans une proportion identique au groupe cible qui n'avaient pas eu de suicide dans leur famille et qui acceptaient de nous rencontrer.

Des critères de sélection furent établis; certains sont communs aux deux groupes et d'autres sont propres à chacun des groupes.

Critères communs aux deux groupes

1. Résider sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue, dans une des cinq (5) municipalités régionales de comté (MRC);
2. Être une famille au sens de famille immédiate ou nucléaire;
3. Accepter de participer à l'étude.

Critères de sélection propres au groupe cible

1. Avoir vécu un suicide dans la famille immédiate;
2. Le suicide doit avoir eu lieu il y a plus d'un an et moins de 6 ans²², soit entre 1986 et 1991;
3. Le suicide a eu lieu pendant que le défunt demeurait dans sa famille;

Critères propres au groupe de comparaison

1. Ne pas avoir eu de suicide dans leur famille;

²¹ Ce critère est subjectif mais l'expérience clinique nous dit que ce temps minimum est nécessaire à la réorganisation de la famille;

²² Ce critère est nécessaire à cause de la disponibilité des renseignements fournis par le Bureau du Coroner, ces renseignements n'étant pas disponibles avant 1986 dans la forme utilisée;

2.2 Recrutement

Toutes les familles du territoire identifié ayant eu à vivre un suicide dans leur famille au cours de la période couverte par l'étude (1986-1991), constituaient la base pour former le groupe cible. Le répondant à notre questionnaire devait être un adulte et être le ou la chef de famille; ce critère permettait une homogénéité dans l'origine des réponses, comme il était convenu dans les critères de sélection que le suicide devait avoir eu lieu dans la famille, le chef de famille était celui jugé le plus apte à répondre au questionnaire au nom de toute la famille. La collaboration du Bureau du Coroner de Québec a été requise pour retracer les familles. Une fois identifiées, un contact était établi par correspondance et par téléphone avec la famille et, après avoir obtenu la collaboration d'un certain nombre d'entre elles, un questionnaire fut expédié. Ce n'est qu'une fois le questionnaire retourné qu'a pu être effectué le choix des répondants du groupe de comparaison en nombre égal et selon la provenance des questionnaires (selon la MRC). Ce groupe a été choisi en fonction des critères prédéfinis à partir de la liste informatisée de noms ayant servi à la firme Télébec inc. (compagnie de téléphone) pour la préparation de son bottin téléphonique de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, édition 1993. Les familles ont été contactées par téléphone et un questionnaire leur a été acheminé une fois obtenu leur accord à participer à l'étude.

Lors du recrutement du groupe cible, le Bureau du Coroner du Québec, avec toutes les précautions d'usage, (règles d'éthiques et protocole), (annexe A) a permis la consultation de toutes les fiches d'investigation du coroner, (modèle annexe B) concernant les cas de suicide pour les années 1986 à 1991 en Abitibi-Témiscamingue.

L'opération qui s'ensuivit a demandé dans un premier temps de sélectionner tous les cas décédés dans leur milieu familial et dans un deuxième temps, de retracer les familles; cette opération a demandé une certaine dextérité et une grande patience. Plus de 40 % des familles ont été retracées à l'aide des chroniques nécrologiques

publiées dans les journaux. A ce sujet, les archives de tous les journaux régionaux des six dernières années (des hebdomadaires au nombre de trois) ont été consultés, ce qui a demandé de passer en revue 936 chroniques. Cette cueillette de renseignements a permis de retracer une grande partie des familles qui n'avait pu l'être par l'adresse figurant sur la fiche du Coroner. Des 100 familles éligibles pour l'étude, 86 ont pu être contactées et ont reçu le questionnaire. Les autres n'ont pu être retracées parce que leur adresse est restée introuvable.

Une lettre du Bureau du Coroner (annexe C) demandant la collaboration des familles identifiées a été adressée à chaque famille avant que nous leur acheminions nos propres lettre et questionnaire (annexe D).

Après l'envoi de la lettre du Coroner, un délai de dix (10) jours a été respecté avant d'expédier le questionnaire à ces mêmes familles, afin de leur donner le temps d'évaluer leur désir et leur capacité à participer à l'étude. Puis, après avoir attendu le retour des questionnaires pendant trois semaines, une relance téléphonique a été effectuée, puis une deuxième deux semaines plus tard. Des 86 questionnaires acheminés, 51 (60 %) ont été retournés et ce, neuf semaines après l'envoi de la première correspondance. Les motifs de refus invoqués sont les suivants: la négation du suicide, le deuil n'est pas terminé, le sujet est tabou, on ne veut pas en parler. Rien ne permet en examinant les fiches du coroner, de distinguer les familles qui ont accepté de répondre au questionnaire de celles qui ont refusé de le faire et ce, au niveau des caractéristiques telles que l'âge du défunt, le nombre d'années écoulées depuis le décès, le degré de parenté avec la famille survivante et le lieu de résidence. Donc, le fait de refuser ne distingue pas les deux groupes de familles et de plus, les refus semblent se distribuer au hasard.

TABLEAU 4.1

Nombre de familles rejointes pour l'étude

Nombre de questionnaires envoyés	86	
Nombre de questionnaires retournés	51	
Nombre de questionnaires annulés	0	
Nombre total de questionnaires	51	(60 %)

Une fois établie la liste des 51 personnes formant le groupe, le recrutement du groupe de comparaison a été fait avec l'idée de paier les deux groupes.

Le recrutement du groupe de comparaison a été fait avec la collaboration de la compagnie de téléphone Télébec Ltée qui a fourni les listes d'abonnés, comme mentionnés précédemment. Cette opération a permis de faire le choix du groupe de comparaison au hasard et de choisir les familles dans des proportions égales à celles du groupe cible et ce, à travers les cinq MRC de la région, tout en s'assurant par téléphone que les répondants formaient une famille et qu'ils acceptaient de répondre au questionnaire. Pour retenir 50 familles ²³ qui répondaient aux critères «famille», près de 150 personnes ont été contactées par téléphone, ces personnes ayant au préalable été inscrites sur une liste principale et deux listes de réserve. Comme la participation était laissée libre, que les critères d'éligibilité étaient stricts et possiblement à cause de la délicatesse du sujet traité, le taux de participation a été de 33 %. Pour des raisons d'éthique, aucun rappel n'a été fait auprès des familles du groupe de comparaison qui ont refusé de participer à l'étude lorsqu'ils ont été contactés une première fois.

²³ Le nombre de répondants pour le groupe de comparaison (50) diffère de celui du groupe cible (51). La raison est que nous avons reçu un questionnaire du groupe cible au moment où nous étions à compiler les données sur informatique; nous n'avons pas cru nécessaire de refaire une sélection pour le groupe de comparaison.

Le temps consacré pour mettre en ordre une liste de 67 000 noms (liste d'abonnés du téléphone) puis à les redistribuer selon les MRC de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, a été important. Par exemple, le code régional 819 est affecté à certains territoires à l'extérieur de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, tel Radisson situé sur le territoire de la Baie James. Il a donc fallu éliminer de la liste initiale, plus de 11 000 abonnés. Les 55 000 abonnés restant (chiffre arrondi) ont été répartis d'abord par localité à l'aide d'un numéro de code fourni par la compagnie de téléphone, puis dans les différentes MRC, selon les indications fournies par Statistiques Canada (1991) identifiant la MRC d'appartenance de chaque localité.

Cette opération a été suivie du choix de l'échantillon par la méthode dite d'échantillon systématique probabiliste. En tenant compte du nombre de questionnaires requis répartis proportionnellement dans les différentes MRC, le groupe de comparaison a été choisi au hasard. Le tableau 4.2 résume l'ensemble de l'opération et ses résultats.

TABLEAU 4.2

Échantillon du groupe de comparaison choisi selon le nombre de répondants désirés, selon la population (ayant un téléphone) des MRC et au hasard

MRC	Échantillon nécessaire	Population téléphone	Choix 1/ par nombre tél.	1er nom au hasard	2e nom au hasard	3e nom au hasard
ABITIBI	10	8 679	868	3	1	5
ABITIBI-OUEST	8	8 548	1 069	8	5	3
ROUYN-NORANDA	12	17 326	1 444	4	6	1
TÉMISCAMINGUE	3	5 008	1 670	2	3	2
VALLÉE DE L'OR	17	16 335	961	7	9	6
TOTAL	51	55 896				

Pour déterminer le 1^{er} nom dans chacune des MRC, un chiffre entre 1 et 10 a été tiré au hasard. Par la suite, l'échantillon nécessaire dans chaque MRC a été choisi en tenant compte du nombre de répondants désirés et de la population ayant un téléphone. Par exemple, au tableau 4.2, si on prend la MRC d'Abitibi, le premier nom choisi dans la liste (numéro entre 1 et 10) a été le 3^e numéro de téléphone et le 2^e nom a été le 871^e numéro parce qu'il fallait dix noms au total et que la population avec téléphone était de 8 679; donc, un nom était choisi à tous les 868 abonnés. Le principe était que tous les noms de la liste devaient avoir une chance égale d'être choisis. La même méthode a été utilisée pour les deux échantillons de réserve fabriqués en même temps que la liste principale, afin d'éviter de répéter une telle opération. Une fois les trois listes sélectionnées, les personnes correspondantes au numéro de la liste principale ont été contactées. Après un échange fait à partir d'un plan identique pour chaque appel, la personne était sélectionnée si elle acceptait de participer à l'étude et si elle correspondait aux critères principaux de sélection. Les trois listes de noms ont été épuisées, soient la liste principale et deux listes de réserve, (au total 150 noms) pour obtenir le nombre de répondants requis par MRC.

Le temps écoulé entre la sélection des répondants du groupe de comparaison et le retour de tous les questionnaires a été de six semaines. Deux relances téléphoniques ont été nécessaires également dans cette opération.

Mis à part le temps important à consacrer pour rejoindre les répondants, aucune difficulté majeure n'a été rencontrée, si ce n'est la réticence de certains et le refus de d'autres de participer à l'étude, ces derniers invoquant la trop grande délicatesse du sujet étudié. Par contre, la très grande majorité des personnes qui ont accepté de participer à l'étude l'ont fait dans l'esprit d'aider les gens qui sont aux prises avec des comportements suicidaires, à s'en sortir. Quelques-uns (2) ont refusé le montant de 10 \$ qui leur était offert pour le retour du questionnaire complété, sans fournir de raison précise.

La sélection des familles ayant observé un comportement suicidaire dans la famille, que ce soit dans le groupe cible ou le groupe de comparaison s'est faite à partir de la réponse reçue à une des questions incluses dans le questionnaire. Cette question "Dans les 12 derniers mois, avez-vous observé chez un membre de votre famille (y compris vous-même) une conduite suicidaire?" nous a permis d'identifier les familles ciblées de façon particulière dans l'étude.

En raison de problèmes d'éthique que cela posait, nous avons décidé de ne pas tenter de rejoindre les personnes identifiées par le répondant comme ayant une conduite suicidaire, sinon le répondant lui-même. Cette décision a fait passer le nombre de familles de 15 à 8 (tableau 4.3)

TABLEAU 4.3

Nombre de répondants avec conduite suicidaire dans les familles des groupes cible et de comparaison

	Groupe cible		Groupe comparaison		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Nombre de questionnaires reçus	51		50		101	
Nombre de familles avec conduite suicidaire	10	20	5	10	15	15
Nombre de répondants avec conduite suicidaire	6	12	2	4	8	8
Nombre de familles retirées de l'étude	4	8	3	6	7	7

Pour permettre une comparaison plus juste entre les groupes cible et de comparaison de même qu'à l'intérieur des groupes, 7 dossiers ont été retirés de l'échantillon de l'étude (4 du groupe cible et 3 du groupe de comparaison), soit ceux des familles dont un des membres autres que le répondant manifestait une conduite suicidaire. Ces membres étaient soit le fils, soit le conjoint, soit l'oncle du répondant. Le questionnaire tel qu'élaboré, ne permettait pas d'appliquer les réponses au

questionnaire à d'autres membres que le répondant. Une question d'éthique nous a retenu de retourner un nouveau questionnaire à ces personnes. C'est ce qui explique le retrait de ces dossiers de l'étude.

2.3 Questionnaire

L'instrument privilégié dans cette étude (annexe E) est le questionnaire auto-administré. Celui-ci comporte cinq parties. La première partie comprend les questions concernant les caractéristiques des répondants; 16 questions ont été posées à ce sujet (questions 1 à 16); ce sont des questions usuelles telles l'âge, le sexe, le statut civil, le nombre d'enfants, le nombre d'années de résidence dans la région, la scolarité, le revenu, le type de logement, le stade de vie. Huit questions sur 10 (questions 17 à 24) de la deuxième partie n'ont été présentées qu'au groupe cible puisqu'elles concernent le décès par suicide d'un membre de la famille du répondant. Même s'il était difficile pour les répondants d'aborder cette partie du questionnaire, il était important de le faire. Certaines de ces questions identifiaient qui était le défunt, depuis combien de temps il s'était suicidé, s'il avait été suivi par quelqu'un avant son décès, quel rang il occupait dans la famille. Les autres questions posées aux deux groupes s'intéressaient au suicide dans la famille d'origine du répondant et dans celle de son conjoint (questions 25 et 26). L'intérêt de ces questions provient des recherches antérieures qui ont établi un lien entre le suicide dans la famille et une histoire familiale où le suicide était présent dans les générations antérieures. (Cain, 1972; Hauser, 1987 et Roy, 1986 cités dans Kouri, 1990: 12).

Les parties trois et quatre (questions 27 et 28) comprennent deux échelles de mesure traduites en français. Il s'agit de File pour Family Inventory of Life Events and Change (McCubbin, Patterson et Wilson, 1981) et F-Copes pour Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (McCubbin, Larsen et Olson, 1981).

File, utilisé pour estimer le nombre et le poids des événements et des changements

de vie expérimentés dans la famille (le facteur Double A du Modèle ABC-X) a été développé comme un répertoire des stress familiaux. Il consiste en 71 points ou items regroupés en neuf catégories; les tensions dans la famille (n:17), les tensions au niveau conjugal (n:4), les tensions dûes à la grossesse et à la naissance (n:4), les tensions financières et commerciales (n:12), les tensions et les transitions reliées au travail et à la famille (n:10), les tensions liées aux maladies et aux soins à donner à la famille (n:8), les pertes (n:6), les transitions des arrivées et des départs (n:5) et les violations de la loi dans la famille (n:5). Le pointage final des événements de vie est obtenu de deux façons. La première façon consiste en l'addition des réponses «OUI». A chaque «oui» est accordée la valeur de 1 et ce, dans chacune des catégories. Ensuite, en additionnant le score obtenu dans chacune des neuf catégories, cela donnera l'accumulation totale des stress familiaux. La deuxième façon d'obtenir un pointage final consiste en l'addition des poids accordés à chacun des événements ou changements de vie. Cette façon de calculer le stress familial est basée sur la méthodologie développée par Holmes et Rahe (1967) dans laquelle une valeur relative indiquant l'intensité et la magnitude est accordée à chaque événement ou tension. Ces poids standardisés sont présents dans l'instrument File. Ils sont additionnés par catégorie puis pour l'ensemble des catégories.

Par contre, comme les recherches sur la famille et les transitions l'ont indiqué, les événements de vie et les stress qui leur sont associés, sont en relation avec les divers stades de vie de la famille et n'exigent pas tous la même demande ou réponse d'adaptation selon que l'on est dans un stade de vie ou dans un autre; par exemple, la probabilité du décès d'un conjoint augmente à mesure que la famille avance vers le dernier cycle de la vie familiale et que la famille s'y attend plus. C'est pourquoi on tiendra compte des différents stades de vie que traversent les familles lorsque sera évalué, à l'aide de la table comparative établie par les auteurs du questionnaire, le niveau de stress expérimenté par les familles répondantes de cette étude qui servent de groupe de comparaison aux autres groupes de l'étude.

Le questionnaire F-Copes utilisé pour identifier les réponses utilisées par les familles en situations difficiles a été créé en complément du modèle double ABC-X; il est soutenu par l'idée que les familles qui fonctionnent avec plusieurs stratégies d'adaptation face aux problèmes internes et/ou externes de la famille, s'adapteront de façon plus heureuse aux situations stressantes (McCubbin, Olson et Larsen, 1981). Ce questionnaire regroupe sous deux dimensions, les ressources utilisées par la famille soient: les ressources internes de la famille et les ressources externes.

Les réponses d'adaptation sont regroupées sous 5 catégories et comportent 30 items. Les catégories sont les suivantes: le support social (n:9), le recadrage (n:9), le support spirituel (n:4), la mobilisation de la famille pour accepter de l'aide (n:5) et la valorisation de la passivité (n:4).

Le pointage total peut être obtenu simplement en additionnant le score correspondant à la réponse de chacun, (soit de 1 à 5) d'abord pour les items de chaque catégorie, puis pour le total de toutes les catégories. On trouvera en annexe, le numéro des questions rattachées à chacune des catégories (annexe F).

La moyenne observée par les auteurs du questionnaire, indique que la moyenne générale des scores était 93,34 pour les cinq catégories, et pour l'une et l'autre des catégories, la moyenne était la suivante:

- le support social = 27,193 sur 45
- le recadrage = 30,235 sur 40
- le support spirituel = 16,067 sur 20
- la mobilisation de la famille = 11,965 sur 20
- la valorisation de la passivité = 8,55 sur 20
- l'ensemble = 93,34 sur 145

Dans l'analyse des résultats, nous allons tenir compte pour fin de comparaison de la moyenne générale des scores obtenus par les sujets de l'étude qui servent de groupe

de comparaison et ceux des auteurs du questionnaire.

La cinquième partie concerne les conduites suicidaires que le répondant aurait pu observer dans sa famille depuis les 12 derniers mois. Même si cette partie était également difficile et délicate à aborder, il a été demandé d'y répondre puisque toutes les informations étaient importantes. Les conduites suicidaires se définissent selon trois catégories. Dix questions ont été posées dans cette partie (questions 29 à 38). La principale question " Depuis les 12 derniers mois, avez-vous observé chez un membre de votre famille - y compris vous-même - une conduite suicidaire", cherchait à savoir s'il y avait un membre de la famille qui avait ou avait eu une conduite suicidaire au moment de l'étude ou au cours des 12 derniers mois. Cette question était formulée de façon à obtenir du répondant, une réponse le concernant, tout en ne mettant pas l'emphase sur lui seulement.

Les autres questions cherchent à caractériser la personne qui s'est suicidée (questions 31 à 36) au niveau de l'âge, du sexe, du statut civil, du lien avec le répondant et du rang occupé dans la famille.

En terminant le questionnaire, il était demandé au répondant s'il acceptait d'être rencontré; cette question était préparatoire aux entrevues prévues à la suite de l'analyse des questionnaires (questions 36 à 38). Un formulaire de consentement à l'entrevue accompagnait le questionnaire (annexe G).

2.4 Validation des échelles utilisées

Avec la permission des auteurs (annexe H), les deux questionnaires, File et F-Copes ont été traduits et la traduction validée. La méthode utilisée a été la suivante.

Les questionnaires ont été traduits en français puis la traduction française a été re-traduite en anglais sans l'aide des questionnaires originaux, puis après une

comparaison des deux textes anglais (original anglais et la version anglaise à partir du texte français), une version finale française a été mise au point. La traduction de ces deux instruments de mesure pour être validés en langue française, a nécessité la collaboration de plusieurs personnes à chacune des étapes de la traduction.

Les questionnaires anglais et français eux-mêmes ont subi l'épreuve de la validation au niveau de leur consistance interne. File a été validé en anglais par les auteurs avec un test d'Alpha de Cronbach égal à .81 pour l'ensemble des échelles et le coefficient pour chacune des sous-échelles varie entre .72 et .16, ce qui signifie que la consistance interne est mieux établie pour l'ensemble des échelles que pour chaque échelle pris individuellement, exception faite de la sous-échelle des tensions intra-familiales dont l'Alpha est de .72 (McCubbin H.I., Larsen A. et Olson D.H., 1981, cités dans McCubbin H.I. et Thompson A.I., 1991: 86).

Cette échelle de mesure a été validée en français avec un test identique et l'Alpha est de .84 pour l'ensemble des échelles. Le coefficient des sous-échelles varie entre .79 à .13, ce qui signifie qu'à l'instar de l'échelle de mesure en langue anglaise, la consistance interne est mieux établie pour l'ensemble des échelles que pour chacune prise individuellement, exception faite de la sous-échelle des tensions intra-familiales dont la fidélité est de .79.

F-Copes a été validé originellement en anglais par un test d'Alpha de Cronbach avec .81 pour l'ensemble des échelles et le coefficient des sous-échelles varie entre .95 et .61 (McCubbin H.I., Olson D.H. et Larsen A. (1981) cités dans McCubbin H.I. et Thompson A.I., 1991: 206). Quatre des sous-échelles varient entre .95 et .75, la cinquième, le recadrage ayant un niveau de consistance interne de .61. Le même test a été administré à la traduction française de l'échelle F-Copes. Elle a une consistance interne de .79 et le degré de consistance des sous-échelles varie de -.0305 (valorisation de la passivité) à .82 (support social). Seules deux sous-échelles ont un bon niveau de consistance, soient le support social (.82) et le support spirituel (.78).

Le degré de consistance est mieux établi donc pour l'ensemble des échelles que pour chaque échelle prise individuellement.

3. Le volet qualitatif

3.1 Population à l'étude

L'objectif visé en rencontrant au cours de l'étude quelques répondants ayant vécu un suicide dans leur famille et manifestant le désir de mourir (nous ne savions pas en posant la question si la manifestation du désir était rendue à la phase de l'idéation suicidaire ou à la phase de préparation du geste lui-même) était **d'approfondir les principaux motifs reliés à leur comportement suicidaire** et de les entendre les exprimer. Cinq entrevues ont été menées dont quatre avec le groupe cible et une avec le groupe de comparaison. Il est important de préciser immédiatement ici que la partie qualitative de l'étude est complémentaire à la partie quantitative, cette dernière étant la partie centrale de l'étude.

3.2 Recrutement

C'est à la suite de l'analyse des questionnaires reçus qu'un certain nombre de rendez-vous ont été fixés pour une entrevue. Les thèmes abordés pour l'entrevue sont identifiés plus loin.

Avant de contacter les familles, deux points étaient vérifiés, soient la réponse à la question 36 " Afin de nous aider à mieux comprendre le phénomène du suicide, accepteriez-vous d'être rencontré?", et la signature du répondant sur le formulaire de consentement inclus avec le questionnaire. Lorsque les deux éléments vérifiés s'avéraient être positifs, la personne était contactée par lettre ou par téléphone et un rendez-vous était fixé pour une entrevue. Trois personnes sur 8 ont décliné l'offre d'entrevue, dont l'une après l'avoir acceptée dans le questionnaire, en mentionnant

qu'elle n'avait plus le goût d'en parler.

Le délai encouru entre la réponse au questionnaire et la réponse à la demande effective d'entrevue a été de trois mois pour le groupe cible et de deux mois pour le groupe de comparaison.

La rencontre avec les personnes interviewées s'est déroulée selon leur choix, à leur domicile ou dans les bureaux de recherche de l'Université. Chaque entrevue d'une durée approximative de 90 minutes a été enregistrée sur magnétophone avec la permission des répondants. Une seule personne a manifesté de la réticence à l'enregistrement, craignant une indiscretion de notre part. Une fois rassurée, l'enregistrement a pu avoir lieu. Les entrevues, pour l'ensemble des répondants choisis se sont effectuées sur une période de trois semaines.

Une fois enregistrées, elles ont été retranscrites intégralement à l'aide d'un programme informatisé puis imprimées. Lors de la transcription de l'entrevue, tout ce qui était audible a été retenu. Quelques propos, seulement, sont restés incompréhensibles. Ils représentent moins de 1 % de tout le matériel recueilli.

D'autre part, tout ce qui pouvait porter atteinte à l'anonymat des sujets interviewés a été éliminé. C'est ainsi qu'est disparu de la transcription, tout propos qui pouvait permettre au lecteur de reconnaître la personne interviewée, comme par exemple, les noms propres ou de famille, les dates de décès et les lieux de résidence. Seul un numéro de code apparaît maintenant là où apparaissait initialement le nom des personnes interviewées.

3.3 Entrevue

L'entrevue a été centrée sur l'expérience de vie présente et récente du répondant et a été conçue pour compléter et approfondir l'information sur sa propre situation et

sur les liens qui pourraient exister entre les événements et les changements de la vie de la famille, les réponses d'adaptation à ces événements et la conduite suicidaire qu'elle a adoptée. Bref, son but était de trouver un sens explicite à la conduite suicidaire. Le type d'entrevue mené est de type **entrevue guidée**. Ce genre d'entrevue dont la plupart des thèmes sont prévus à l'avance, mais non les questions précises, permet un degré de liberté réduit à cause du nombre de thèmes à aborder (L'Écuyer, 1987), mais d'autre part, il permet l'étude des réactions des répondants face à des situations dont nous avons précisé les différents aspects (Mayer et Ouellet, 1991).

Les huit (8) thèmes investigués sont regroupés sous trois variables, soient, les **idées de suicide**, les **tensions familiales** et les **réponses d'adaptation**. Ils s'apparentent aux variables retenues pour l'ensemble de l'étude. Les thèmes sont les suivants: l'idée de suicide; les conflits entre les membres de la famille; les difficultés à jouer seul le rôle de parent; les problèmes émotifs vécus par un ou des membres de la famille; les sentiments personnels sur soi, les autres ou les situations de vie; le recadrage; le support social et les raisons de vivre.

Les thèmes traités dans l'entrevue ont permis chez le répondant, l'expression de sentiments rattachés à son vécu de survivant. Ces thèmes ont permis de toucher à des aspects du suicide que ne permettait pas le questionnaire standardisé tels les aspects philosophiques du suicide touchant le sens de la vie, de la mort, les aspects psychologiques soient la douleur, les perturbations ou l'autodépréciation, les aspects sociologiques tels la relation du survivant avec la société, les aspects familiaux tels les antécédents familiaux et les relations entre les membres de la famille, les aspects plus personnels et plus intimes.

L'analyse de contenu des entrevues est de type catégoriel et manifeste, c'est-à-dire l'analyse de ce qui est dit (le sens premier). Ceci est motivé par les objectifs de l'analyse, c'est-à-dire l'approfondissement des motifs reliés à la conduite suicidaire, mais aussi à cause de l'ampleur du travail qu'aurait nécessité une analyse plus en

profondeur du contenu, ce qui n'était pas jugé utile ni nécessaire dans le cadre de cette étude. Les unités thématiques ont été établies en gardant à l'esprit les qualités identifiées par L'Écuyer (1987), c'est-à-dire exhaustives et en nombre limité, pertinentes, objectives et clairement définies, et homogènes. Par la suite, des catégories (unités d'analyse ou d'enregistrement) ont été élaborées pour y verser les unités de sens (mots, phrases ou idées). Malgré le petit nombre d'entrevues, la quantification des idées a été complétée, l'idée étant l'unité d'enregistrement.

Une fois le codage terminé, le contenu a été regroupé autour des thèmes et sous-thèmes. Une analyse et une interprétation reliées à l'origine, aux objectifs et aux hypothèses de l'étude elle-même (hypothèses sur les événements de vie, les réponses d'adaptation versus la conduite suicidaire) ont ensuite été faites et ce, dans la perspective de mieux comprendre certaines réalités vécues (Mayer et Ouellet, 1991).

Avant de découper le texte en unité d'enregistrement, les entrevues ont été codifiées selon le modèle mixte (L'Écuyer, 1987) de la façon suivante: chaque entrevue portait deux identifications: **A** équivalait à l'entrevue no 1 et ainsi de suite; **B**, l'entrevue numéro 2... et le numéro de code de notre dossier suivait la lettre d'identification. C'est ainsi que les personnes interrogées ont été identifiées par les codes: A 43, B 73, C 90, D 97 et E 515 ou par A,B,C,D et E; chaque catégorie d'analyse a reçu un code qui tenait compte des trois variables de l'étude, soit le chiffre 2 pour la variable événements et changements de la vie familiale et le chiffre 3 pour la variable réponses d'adaptation; comme chaque variable ou catégorie comportait des sous-catégories, le chiffre .1 ou .2 était ajouté. Par exemple, la variable «tensions familiales» était représentée par le chiffre 2 et «conflits entre les membres de la famille» par le chiffre 2.1 et la sous variable «difficultés de jouer le rôle de parents» par le chiffre 2.2; la variable dépendante «idée de suicide» est représentée par le chiffre 1. et «l'expression de l'idée» par le chiffre 1.1; le plan de catégorisation des entrevues est développé dans le tableau suivant (tableau 4.4) et rend plus explicites les points précédents.

TABLEAU 4.4

Plan de catégorisation de 5 entrevues avec des sujets ayant manifesté une conduite suicidaire au cours des 12 mois précédant l'étude

<u>VARIABLES A L'ÉTUDE</u>	
1. IDÉES DE SUICIDE	
2. TENSIONS FAMILIALES	
2.1	Conflits entre les membres
2.2	Difficultés de jouer le rôle de parents
2.3	Problèmes émotifs d'un membre
2.4	Sentiments personnels
3. RÉPONSES D'ADAPTATION	
3.1	<u>Recadrage:</u> capacité de redéfinir les événements pour mieux les gérer
3.2	<u>Support social</u> habileté à obtenir du support des parents, amis, voisins et famille élargie
3.3	<u>Raisons de vivre</u> rationalisation du rejet de l'idée de suicide et motifs évoqués pour continuer de vivre

A l'aide du plan de codification (tableau 4.4), les unités de sens pour chacune des entrevues ont été identifiées sur les textes imprimés, puis à l'aide de l'ordinateur qui avait conservé les textes en mémoire, les données retenues ont été transférées. Il est apparu plus facile et rapide de codifier d'abord sur les textes imprimés, puis de rendre actifs les dossiers sur ordinateur et de verser directement sans avoir à les codifier à nouveau, les extraits identifiés et différenciés sur papier, dans un des dossiers ouverts, et ce, via le programme de traitement de texte Word 4.0. Comme chaque dossier ouvert à l'écran était identifié selon sa catégorie et portait déjà le

numéro de codification, c'est à l'aide de la touche «copier, coller» que chaque extrait dans chaque dossier respectif a été identifié. L'opération suivante a consisté à visionner à l'écran chacun des dossiers pour s'assurer que les extraits que nous avons déposés étaient bien à leur place. Cette dernière opération très importante a permis, lorsque cela s'avérait nécessaire, de respecter les normes de classification énoncées par l'Écuyer (1987) et Mayer et Ouellet (1991) particulièrement celles concernant la pertinence, l'ordre alphabétique, l'homogénéité et l'exclusivité. Par la suite, un dossier a été ouvert pour chaque entrevue réalisée et ont été versés dans l'ordre, les extraits qui leur appartenaient, ceci pour permettre de référer rapidement au dossier complet de chacun. Puis, la dernière opération a été d'ouvrir un seul dossier puis d'y verser les dossiers bien identifiés aux catégories choisies afin de permettre l'impression du dossier complet dans une seule opération.

Le tableau 4.5 trace en partie le portrait des personnes interviewées à l'aide de 12 variables. Ce sont les variables suivantes: âge, statut civil, sexe, nombre d'enfants à la maison, stade du cycle de vie, scolarité, revenu, lien de parenté avec la personne décédée par suicide, l'âge du défunt, le nombre d'années depuis le décès, le statut civil du défunt et le rang qu'il occupait dans la famille. L'âge des sujets interrogés varie entre 26 et 65 ans (tableau 4.5). Quatre (4) sont de sexe féminin et un (1) de sexe masculin. Un (1) sujet est marié, un (1) est veuf et trois (3) sont séparés ou divorcés. Trois (3) ont perdu leur fils et un (1) a perdu son conjoint. L'autre fait partie du groupe de comparaison et n'a pas vécu de suicide dans sa famille (tableau 4.5).

TABLEAU 4.5

Caractéristiques des sujets interrogés

Code d'identification	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Age	Statut civil	Sexe	Nombre enfants à la maison	Stade cycle de vie	Scolarité	Revenu	Lien parenté	Age du défunt	Nombre années depuis décès	Statut civil	Rang dans la famille
A (43)	65	Séparée	F	0	Retraité	Primaire		Fils	30	4	Marié	12e
B (73)	35	Veuve	F	4	Adolescent	Primaire		Conjoint	41	1	Séparé	-
C (90)	42	Divorcée	F	1		Secondaire		Fils	18	1	Célib.	2e
D (97)	42	Divorcé	M	0	Nid vide	Secondaire	25-50000	Fils	17	1	Célib.	1er
E (515)	76	Mariée	F	2	Age scolaire	Primaire	5-14000	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

Le tableau 4.6 complète les données du tableau 4.5 sur les caractéristiques des sujets interviewés à l'aide des 8 variables suivantes: antécédents de suicide dans la famille d'origine et ou du conjoint, le lien de parenté entre le défunt et le sujet interviewé, le nombre d'années depuis le décès, l'âge du défunt, le nombre de tensions, le poids total des tensions et les réponses d'adaptation. Il est intéressant de noter que l'information donnée sur le poids des tensions et les réponses d'adaptation des sujets interviewés peut être comparé avec la moyenne établie pour les sujets sans conduite suicidaire du groupe de comparaison et du groupe cible.

TABLEAU 4.6

Caractéristiques des sujets interrogés, en complément du tableau 4.5

Code d'identification	1	2	3	4	5	6	7	8
	Suicide dans		Lien de parenté	Nombre années depuis	Age	Nombre de stress	Poids total des tensions	Réponses d'adaptation
Famille origine	Famille conjoint							
A (43)	non	oui	beau-frère	25	37		inconnu	inconnu
B (73)	non	non				20	907	67
C (90)	non	non				17	848	92
D (97)	non	non				6	266	104
E (515)							839	88
SsC ₂	Sujets sans conduite suicidaire du groupe de comparaison Moyenne obtenue						263.06	104.97
SsC ₁	Sujets sans conduite suicidaire du groupe cible Moyenne obtenue						280.8	101.62

Aucun sujet n'a d'antécédents de suicide dans sa famille d'origine et un (1) sujet a une personne qui s'est suicidée dans la famille de son conjoint.

4. Le traitement de l'ensemble des données

Deux types d'analyse ont été effectués, l'une descriptive et l'autre de vérification, à l'aide du programme informatique SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Le traitement a été effectué en collaboration avec le service informatique de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Le questionnaire avait été préalablement pré-codifié.

Afin d'obtenir un profil général de la population à l'étude, des tableaux de fréquences ont été faits, de même qu'une analyse différentielle pour le groupe cible et le groupe de comparaison et une analyse d'ensemble incluant les groupes cible et de comparaison.

Dans un deuxième temps, nous avons mis en relation, à l'aide de tableaux de fréquence à double entrée, l'indicateur de la variable dépendante (conduite suicidaire) avec ceux des variables indépendantes (événements de vie et réponses d'adaptation).

Le test t a été utilisé pour comparer les résultats des groupes entre eux. Le test t (des moyennes) est une statistique qui permet de comparer les moyennes d'un même groupe de sujets. Basé sur une distribution de sujets selon une courbe normale, le test t convient à des échantillons aussi petits que les groupes de l'étude. Le seuil de 0.05 a été retenu comme coefficient de signification. Il est le seuil de signification en usage dans les sciences humaines (Bhushan, 1978 cité dans Gingras, 1988).

En résumé, ce devis conjugue les méthodes d'analyses quantitative et qualitative, avec

groupe de comparaison. Les autres méthodes recensées précédemment et qui utilisent un groupe de comparaison, par exemple sur l'incidence des pensées suicidaires chez les étudiants de High School et de Collège, utilisent l'analyse statistique (Wright, 1985), donc une méthode quantitative seulement, de même que celle menée par Tousignant (1987) sur la structure familiale, les relations parents-enfants et la conduite suicidaire à l'école secondaire. Cette étude adopte une méthode d'analyse quantitative et qualitative, avec deux mesures d'observation et une entrevue guidée pour approfondir les facteurs qui contribuent à l'adoption d'une conduite suicidaire chez un des membres de la famille. Toutes les sources d'invalidité externe cependant ne sont pas complètement éliminées, l'histoire et la maturation pouvant contribuer à expliquer le comportement suicidaire ou son absence. La validité interne par contre est assurée par le fait que les deux groupes sont soumis aux mêmes questions. De plus, les tests qui leur sont soumis sont fiables et valides.

Dans le tableau suivant, les objectifs spécifiques de recherche sont identifiés ainsi que les instruments de mesure qui s'y rapportent.

TABLEAU 4.7

Objectifs spécifiques, instruments de mesure et test statistique

OBJECTIFS	INSTRUMENTS DE MESURE
1. Identifier les événements et/ou les changements de la vie familiale	File (McCubbin, Patterson et Wilson, 1981)
2. Identifier les réponses d'adaptation utilisées par la famille pour faire face aux événements et/ou aux changements de la vie familiale	F-Copes (McCubbin, Larsen et Olson, 1981)
3. Établir des liens (s'il en existe) entre les événements de vie et les réponses d'adaptation et conduite suicidaire	Test t et seuil de signification .05 (Bhushan, 1978)
4. Connaître plus en profondeur le vécu des individus suicidaires	Entrevues qualitatives

Cette recherche utilise un devis de type associatif pour l'analyse quantitative visant à éprouver trois (3) hypothèses alors que l'analyse qualitative est de type exploratoire et vise à comprendre davantage le vécu des individus suicidaires.

5. Les limites de l'étude

Cette étude comporte des limites. La première concerne la population à l'étude. L'échantillon a été choisi parmi toutes les familles ayant vécu un suicide au cours des six (6) dernières années. Comme seules 100 familles répondaient aux critères de sélection et que 51 ont accepté de participer à l'étude, cela réduisait de beaucoup le nombre de familles avec conduite suicidaire, d'où la difficulté de généralisation des résultats.

La deuxième limite concerne la démarche de recrutement. Il a souvent été difficile de retracer les familles des défunts, parfois à cause du manque d'information contenue dans les fiches d'investigation du coroner et parfois à cause des changements d'adresse des familles survenus au cours des 6 dernières années que couvrait l'étude. De plus, la délicatesse du sujet traité a rendu difficile le recrutement des familles du groupe cible et du groupe de comparaison. Cependant, les exigences posés par le Bureau du coroner lors de la période de recrutement rendaient les gens plus confiants envers l'auteur de l'étude.

Au-delà de la difficulté du recrutement, la modalité d'administration de l'instrument de cueillette (questionnaire auto-administré), de même que la présence potentielle de l'élément "désirabilité sociale" peuvent aussi constituer des limites à l'étude.

Également liée à la difficulté de recrutement, se retrouve la limite de la transférabilité de l'étude, en raison des liens privilégiés que doit avoir le chercheur avec le Bureau du coroner pour le choix des familles survivantes et avec la Compagnie de téléphone de la région pour le choix des familles du groupe de

comparaison. Dans une région comme l'Abitibi-Témiscamingue, la problématique du suicide est une préoccupation pour l'ensemble de la population. De plus, le nombre de familles survivantes est relativement petit et de ce fait, les liens avec les familles sont grandement facilités. A cause de ces conditions facilitantes, une telle étude a été possible mais il pourrait en être autrement dans les régions où ces conditions ne seraient pas présentes.

La cinquième limite concerne l'analyse des résultats. A cause du petit nombre d'individus ayant une conduite suicidaire, il a été difficile de raffiner les analyses plus que ce qui a été fait. A plusieurs reprises, le nombre d'individus étant plus petit que cinq, il a été impossible de faire un test t.

Une sixième limite concerne l'analyse qualitative. Le nombre d'entrevues était dépendant de l'acceptation des sujets. Cependant, cette limite est moins importante du fait que les entrevues ont été réalisées avec un objectif de complémentarité avec la partie quantitative de l'étude.

Enfin, l'absence de recherche empirique portant sur l'objet d'étude, et l'absence de cadre de référence formel pré-établi sur l'explication familiale du phénomène du suicide ont fait qu'on a dû emprunter un cadre de référence, ce qui a ajouté une difficulté supplémentaire. Ce cadre n'était pas validé pour la question du suicide mais plutôt pour les crises familiales. Le concept central de ce modèle étant le processus menant à la crise, c'est l'auteur de l'étude qui a appliqué ce cadre au phénomène du suicide.

CHAPITRE V

PROFIL GÉNÉRAL DES RÉPONDANTS

L'objectif général de ce chapitre est de décrire l'ensemble des répondants de l'étude et de faire une brève analyse des points saillants. Dans un premier temps, il y aura présentation des données touchant tous les répondants du groupe cible et du groupe de comparaison de façon à pouvoir les comparer entre eux. Ces données porteront entre autres sur les caractéristiques des répondants aux plans personnel, de leur situation familiale, de l'emploi et d'appartenance au territoire, et de leurs antécédents de suicide.

Ensuite, sera présenté un bref portrait des personnes décédées par suicide dans la famille propre du répondant.

Puis dans un troisième temps, il y aura la description des répondants du groupe cible qui ont adopté eux-mêmes une conduite suicidaire, et elle sera comparée avec les répondants du groupe de comparaison qui n'ont pas adopté de conduite suicidaire.

Ce chapitre se terminera par une synthèse des différents points saillants touchant les répondants. L'ensemble de l'étude se compose de 101 répondants, répartis en deux groupes. Le groupe cible se compose de 51 personnes alors que 50 autres forment le groupe de comparaison ou groupe de comparaison. Les répondants qui ont adopté une conduite suicidaire sont au nombre de 6 pour le groupe cible et de 2 pour le groupe de comparaison.

1. Les caractéristiques de tous les répondants de l'étude

Dans cette section, nous présentons le portrait de tous les répondants de l'étude selon leurs caractéristiques aux plans personnel, familial et socio-économique. Rappelons que les groupes doivent être équivalents sur deux points principalement, c'est-à-dire, être une famille et provenir du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue selon les diverses municipalités régionales de comté.

1.1 Les caractéristiques au plan personnel

L'âge des participants varie entre 23 et 81 ans avec une moyenne de 49,7 ans pour le groupe cible et de 42,8 ans pour le groupe de comparaison. La différence d'âge est de ± 7 ans entre les deux groupes (tableau 5.1). Au niveau du statut civil, on retrouve pour l'ensemble, 60 répondants mariés, 12 séparés ou divorcés et 26 veufs. La plupart des gens mariés sont dans le groupe de comparaison, 46 sur 60, alors que la plupart des veufs se retrouvent dans le groupe cible, soit 25 sur 26 (tableau 4.1). La situation se comprend du fait que 30 répondants du groupe cible sur 50 (60 %) avaient perdu leur conjoint par suicide au moment de l'étude. Il existe donc une différence importante entre les deux groupes, au niveau du statut civil. Cependant, la parité entre les deux groupes n'était pas recherchée à ce niveau. Au niveau du sexe des répondants, 38 sur 101 sont de sexe masculin et 63 de sexe féminin (62,4%). Il y a cependant plus de femmes que d'hommes dans le groupe cible, 40 femmes sur 51 répondants, et un nombre sensiblement égal d'hommes et de femmes dans le groupe de comparaison, 27 hommes et 23 femmes. Les hommes s'étant suicidés plus que les femmes dans le groupe cible, il est normal que nous y retrouvions plus de femmes que d'hommes. Sur le plan de la scolarité, 51 répondants sur 100 ont un cours secondaire et 6 sur 100, un cours universitaire. Par contre, 25 des répondants sur 35 ayant un cours primaire se retrouvent dans le groupe cible.

TABLEAU 5.1

Caractéristiques personnelles: l'âge, le statut civil, le sexe et la scolarité

	Groupe cible n	Groupe comparaison n	TOTAL n %	
Age				
19-29 ans	4	6	10	10
30-39 ans	9	14	23	22,8
40-49 ans	12	17	29	28,7
50-59 ans	9	9	18	17,8
60 ans et plus	17	4	21	20,8
NOMBRE DE SUJETS	51	50	101	100
Moyenne	49,7	42,8	46,3	-
Statut civil				
Célibataire	2	0	2	2
Marié, union de fait	14	46	60	60
Séparé, divorcé	9	3	12	12
Veuf	25	1	26	26
NOMBRE DE SUJETS	50	50	100	-
Sexe				
Masculin	11	27	38	37,6
Féminin	40	23	63	62,4
NOMBRE DE SUJETS	51	50	101	-
Scolarité				
Primaire	25	10	35	35
Secondaire	20	31	51	51
Collégial	4	4	8	8
Universitaire	1	5	6	6
NOMBRE DE SUJETS	50	50	100	-

1.2 La situation familiale

Le nombre d'enfants à la maison et le stade du cycle de la vie familiale nous indiquent la situation familiale générale et particulière des répondants dans les deux groupes. Seulement 5 répondants sur 100 disent n'avoir pas eu d'enfant. Ils se retrouvent tous dans le groupe cible. Des 31 familles sur 96 qui disent n'avoir plus d'enfant à la maison, 20 des 31 sont dans le groupe cible également (tableau 5.2).

TABLEAU 5.2

Caractéristiques de la vie familiale:
enfants à la maison et stade du cycle de la vie familiale

	Groupe cible n	Groupe comparaison n	TOTAL n %	
Enfants				
Oui	45	50	95	95
Non	5	-	5	5
TOTAL	50	50	100	-
No. d'enfants dans la famille				
1 enfant	3	7	10	12,5
2 enfants	13	24	37	41,6
3 à 4 enfants	14	15	29	32,6
5 à 6 enfants	5	2	7	7,9
6 enfants et plus	5	1	6	6,7
Moyenne	3,87	2,4		
No. d'enfants à la maison				
Aucun	20	11	31	32,3
1 enfant	7	7	14	14,6
2 enfants	14	25	39	40,6
3-4 enfants	4	7	11	11,5
5 et plus	1	0	1	1,1
Moyenne	1,17	1,60		
TOTAL	46	50	96	-
Stade cycle de la vie familiale				
1. couple	0	0	0	0
2. pré-scolaire	0	1	1	1,0
3. scolaire	6	7	13	13,5
4. adolescent	11	31	42	43,8
5. enfant a quitté la maison	10	4	14	14,6
6. nid vide	12	6	18	18,8
7. retraite	7	1	8	8,3
TOTAL	46	50	96	-

Au niveau du stade de la vie familiale, près de la moitié des familles se retrouve au stade 4 (adolescent), soit 42 sur 96 (tableau 5.2). Cependant, 31 familles sur 42 appartiennent au groupe de comparaison.

Au niveau du groupe cible, 29 répondants sur 46 (63 %) sont, soit au stade 5 (n:10),

soit au stade 6 (n:12), ou au stade 7 (n:7) (tableau 5.2).

Ce qui ressort des deux groupes, c'est qu'ils ont sensiblement les mêmes caractéristiques au niveau des enfants (le critère famille était recherché dans les deux groupes). Par contre, ils diffèrent quant au stade d'évolution de la vie familiale. Ce point cependant n'était pas recherché au moment du pairage des deux groupes, mais il ressort que le groupe cible dont l'âge moyen était de 49,7 par rapport au groupe de comparaison 42,8, (tableau 5.1) est plus avancé quant au stade d'évolution du cycle de la vie familiale. Cela explique aussi pourquoi plus de familles du groupe cible n'ont plus d'enfant à la maison (20 par rapport à 11 pour le groupe de comparaison).

1.3 La situation d'emploi et le statut socio-économique

Plus de 50% de l'ensemble des répondants (47 sur 93) occupent un emploi rémunéré. Cependant, 29 répondants sur 47 appartiennent au groupe de comparaison. Par contre, 12 répondants sur 14 qui appartiennent au groupe cible, reçoivent de la sécurité de la vieillesse (tableau 5.3), données qui confirment la justesse des informations sur l'âge des répondants et le stade de leur vie familiale (tableaux 5.1 et 5.2).

TABLEAU 5.3

Caractéristiques de la situation d'emploi et le statut socio-économique

	Groupe cible n	Groupe comparaison n	TOTAL	
			n	%
Occupation				
Travail rémunéré	18	29	47	50,5
Aide sociale	6	6	12	13,0
Assurance-chômage	3	3	6	6,5
Sécurité de la veillesse	12	2	14	15,1
Autres	7	7	14	15,1
TOTAL	46	47	93	-
Type d'emploi				
Manoeuvre ou ouvrier	4	4	8	16,3
Ouvrier et technicien	2	10	12	24,5
Vendeur, employé de bureau	5	7	12	24,5
Cadre	1	2	3	6,1
Professionnel	3	3	6	12,2
Propriétaire d'entreprise	2	3	5	10,2
Autres	3	-	3	6,1
TOTAL	20	29	49	-
Revenu annuel				
Moins de 5 000 \$	0	0	0	0
5 000 - 14 999	3	2	5	14,6
15 000 - 24 999	4	5	9	22
25 000 - 34 999	4	9	13	31,7
35 000 - 44 999	3	6	9	22
45 000 - 54 999	1	4	5	12,2
TOTAL	15	26	41	-

Au niveau du type d'emploi occupé, seulement 49 personnes ont répondu à cette question sur une possibilité de 101, ce qui s'explique du fait que 32 d'entre elles n'occupent pas d'emploi. Sur ces 49 répondants, 20 occupent un emploi de manoeuvre, ouvrier ou technicien. Très peu de gens occupe un emploi de cadre ou de professionnel (n:9) (tableau 5.3).

Ces informations sont congruentes avec celles sur la scolarité qui indiquent que 85 répondants sur 100 avaient fait, soit des études secondaires ou primaires et que

seulement 14 avaient fait des études collégiales ou universitaires (tableau 5.1)

Au plan du revenu, 15 répondants sur 41 reçoivent moins de 15 000 \$ par année, 14 touchent entre 35 et 60 000 \$ annuellement et 10 de ces 14 répondants appartiennent au groupe de comparaison.

Ces chiffres indiquent une différence importante entre les deux groupes sur les plans de l'occupation et du revenu annuel, le groupe de comparaison ayant une situation plus avantageuse que le groupe cible sur le plan économique en général.

1.4 La situation d'appartenance au territoire de l'Abitibi-Témiscamingue

Tous les répondants devaient résider sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue (critère de sélection) et les répondants du groupe de comparaison devaient provenir en proportion égale, des mêmes municipalités régionales de comté que les répondants du groupe cible (critère de sélection).

Le tableau suivant indique clairement que ces critères ont été respectés. La provenance des répondants du groupe de comparaison est identique à peu de chose près à ceux du groupe cible, par exemple, 11 répondants du groupe cible et 10 du groupe de comparaison proviennent de la MRC de l'Abitibi-Est (tableau 5.4)

TABLEAU 5.4

Caractéristiques de la situation d'appartenance au territoire de l'Abitibi-Témiscamingue: le nombre d'années sur le territoire et dans la localité, le milieu de vie rural ou urbain et la Municipalité régionale de comté (MRC) de résidence

	Groupe cible	Groupe	TOTAL	
	n	comparaison	n	%
		n		
MRC				
Abitibi-Est	11	10	21	20,8
Abitibi-Ouest	7	8	15	14,9
Rouyn-Noranda	12	12	24	23,8
Témiscamingue	4	3	7	6,4
Vallée de l'Or	17	17	34	33,7
TOTAL	51	50	101	100
Milieu de vie				
Rural	20	14	34	33,7
Urbain	31	36	67	66,3
TOTAL	51	50	101	100
Nombre d'années vécues A.-T				
5-14 ans	1	3	4	4,1
15-24	1	2	3	3,1
25-34	11	12	23	23,5
35-44	15	18	33	33,7
45-54	9	7	16	16,3
55- +	12	7	19	19,4
TOTAL	49	49	98	100
Nombre de changement de localité depuis 10 ans				
0	33	34	67	71,3
1	10	4	14	14,9
2	3	5	8	8,5
3	2	1	3	3,2
4 et +	0	2	2	2,1
TOTAL	48	46	94	100

Au niveau du milieu de vie, 67 répondants sur 101 proviennent du milieu urbain tel que l'a défini le Bureau de la Statistique du Québec (1986) dans sa nomenclature des villes et villages de l'Abitibi-Témiscamingue et ce, en proportion sensiblement égale en provenance des deux groupes (tableau 5.4). Le nombre d'années vécues en

Abitibi-Témiscamingue par les répondants du groupe cible en particulier vient confirmer l'appartenance, sinon l'enracinement de ce groupe au territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. Sur 49 familles, seulement 2 sont sur le territoire depuis moins de 24 ans. Les autres, 47 sur 49, demeurent sur le territoire depuis plus de 25 ans. Douze de ces familles sont en Abitibi-Témiscamingue depuis 55 ans et plus (tableau 5.4).

La stabilité du groupe de comparaison est également établie par ce tableau (tableau 5.4) De plus, lorsqu'on regarde le nombre de changements de localité de ces familles, on constate là aussi, une grande stabilité puisque 67 répondants sur 94 (71,3 %) n'ont pas changé de localité depuis 10 ans. Lorsque ces changements ont eu lieu (dans près de 30 % des cas), ils se sont produits dans les mêmes proportions dans les deux groupes (tableau 5.4).

Il n'est pas étonnant de constater que 73 % des répondants habitent une maison unifamiliale et ce, dans des proportions sensiblement les mêmes dans le groupe cible (n:33 sur 50) que dans le groupe de comparaison (n:40 sur 50) (tableau 5.5).

TABLEAU 5.5

Le type de logement

	Groupe cible n	Groupe comparaison n	TOTAL	
			n	%
Appartement				
Meublé	2	0	2	2
Non Meublé	13	9	22	22
Maison				
Unifamiliale	33	40	73	73
Autres	2	1	3	3
TOTAL	50	50	100	100

1.5 Les antécédents de suicide dans la famille d'origine des répondants ou dans la famille du conjoint

Le suicide a tendance selon différents auteurs à se produire dans certaines familles d'une génération à l'autre (Cain, 1972; Rudestam, 1977). Dans l'ensemble, 27 répondants sur 99 (27,3 %) ont eu un suicide soit dans leur famille d'origine, soit dans la famille de leur conjoint et ce, dans des proportions à peu près égales entre les deux groupes, soit 15 dans le groupe cible et 12 dans le groupe de comparaison (tableau 5.6).

TABLEAU 5.6

Les antécédents de suicide dans la famille d'origine ou celle du conjoint

	Groupe cible	Groupe	TOTAL	
	n	comparaison	n	%
Suicide dans la famille d'origine				
Oui	4	6	10	10,2
Non	46	42	88	89,8
TOTAL	50	48	98	100
Famille du conjoint				
Oui	14	8	22	22,2
Non	36	41	77	77,8
TOTAL	50	49	99	100
Suicide dans la famille d'origine <u>et</u> dans la famille du conjoint				
Oui	3	2	5	5,1
Non	47	47	94	94,9
TOTAL	50	49	99	100
Suicide dans la famille d'origine <u>ou</u> dans la famille de conjoint				
Oui	15	12	27	27,3
Non	35	37	72	72,7
TOTAL	50	49	99	100

Dans certaines familles (2 sur 5 dans le groupe de comparaison) un suicide a eu lieu et dans la famille d'origine et dans la famille du conjoint. Ces données confirment en partie les propos de Cain (1972) et de Rudestam (1977) rapportés plus haut. Cependant, elles les nuancent car chez les sujets de l'étude, les antécédents de suicide sont présents tant chez les sujets du groupe cible que chez ceux du groupe de comparaison.

1.6 Les répondants qui ont observé une conduite suicidaire dans leur famille

Au total, 16 répondants (15,8 %) ont observé une conduite suicidaire dans leur famille au cours des 12 derniers mois (tableau 5.7). De ce nombre, 11 sur 51 (21,6 %) appartiennent au groupe cible et 5 sur 50 (10 %) appartiennent au groupe de comparaison.

TABLEAU 5.7

Répondants qui ont observé une conduite suicidaire dans leur famille au cours des 12 derniers mois

VARIABLES	Groupe cible		Groupe comparaison		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Répondants qui ont observé une conduite suicidaire						
Oui	11	21,6	5	10	16	15,8
Non	40	78,4	45	90	85	84,2
TOTAL	51	100	50	100	101	100
Type de conduite observée						
Idée de suicide	9	90	4	80	13	87
Idée et tentative	1	10	1	20	2	13
TOTAL	10	100	5	100	15	100

Il ressort que les conduites suicidaires observées sont plus fréquentes dans une proportion de 2 pour 1 dans les familles du groupe cible (21,6 %), par rapport à celles du groupe de comparaison (10 %) décrites au tableau 5.7.

Par contre, huit répondants sur 16 indiquent que ce sont eux-mêmes qui ont une conduite suicidaire, 6 de ces répondants appartiennent au groupe cible, et 2 au groupe de comparaison (tableau 5.8).

Enfin, aucun de ces répondants n'a fait de tentative de suicide. Ils sont tous au stade de l'idéation suicidaire, soit au premier stade du processus suicidaire comme en témoigne le tableau 5.8.

TABLEAU 5.8

Répondants qui ont eux-mêmes une conduite suicidaire et types de conduite

VARIABLES	Groupe cible		Groupe comparaison		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Répondants qui ont eux-mêmes une conduite suicidaire						
Oui	6	11,8	2	4	8	7,9
Non	45		48		93	92,1
TOTAL	51		50		101	
Types de conduite						
Idée de suicide	6	100	2	100	8	100
Idée et tentative de suicide	0		0		0	
TOTAL	6		2		8	

Voyons maintenant les diverses variables touchant les personnes qui se sont suicidées aux niveaux du sexe, de l'âge, du statut civil et du lien avec les survivants.

2. Caractéristiques des personnes décédées par suicide dans la famille des répondants du groupe cible.

Des 51 personnes décédées par suicide, 47 étaient de sexe masculin et 4 de sexe féminin (tableau 5.9).

Au niveau du statut civil, 20 étaient célibataires et 30 étaient mariés. L'âge moyen des personnes au moment du décès se situe à 35 ans. Huit personnes sur 51 avaient entre 14 et 19 ans, 30 (67 %) avaient entre 20 et 39 ans et 8 avaient 60 ans et plus (tableau 5.9).

TABLEAU 5.9

Caractéristiques des personnes décédées par suicide dans la famille des répondants du groupe cible selon le nombre, l'âge, le sexe, le statut civil et le lien avec le répondant

	TOTAL	
	n	%
Nombre	51	
Age		
14-19 ans	8	15,7
20-29 ans	15	29,4
30-39 ans	14	27,5
40-49 ans	4	7,8
50-59 ans	2	4
60 ans et plus	8	15,7
TOTAL	51	
Moyenne d'âge	35	
Sexe		
Masculin	47	92,2
Féminin	4	7,8
TOTAL	51	
Statut civil du décédé		
Célibataire	20	39,2
Marié, union de fait	30	58,8
Séparé, divorcé	1	
TOTAL	51	
Lien avec le répondant		
Fils	21	41,2
Conjoint	26	51
Conjointe	4	7,8
TOTAL	51	

Quant au lien que le défunt entretenait avec le répondant, 21 en étaient le fils, 26 le conjoint et 4 la conjointe. Le critère commun à toutes ces personnes est qu'elles demeuraient avec le répondant au moment du suicide.

En moyenne, 3,2 ans se sont écoulés depuis le décès au moment de l'étude. Par contre, entre 1 et 2 ans se sont écoulés pour 19 répondants, alors que pour 15 d'entre eux (sur 49), il s'est écoulé entre 5 et 6 ans (tableau 5.10). Quant au rang occupé par la personne décédée, cette information a été recueillie pour le fils ou la fille du répondant et non pour le conjoint. Cinq sur 20 occupent le premier rang dans la famille (l'aîné) alors que 3 sur 20 se situent au deuxième rang. En regroupant les 1er, 2e et 3e rangs, il représente 45 % de l'ensemble des personnes suicidées. Le reste se distribue entre le 3e rang (n:2) et le 12e rang (n:1) (tableau 5.10).

TABLEAU 5.10

Nombre d'années écoulées depuis le suicide et rang occupé par le défunt dans la famille du répondant

	TOTAL	
	n	%
Années écoulées		
1-2 ans	19	38,8
3-4 ans	15	30,6
5-6 ans	15	30,6
TOTAL	49	100
Moyenne	3,2	
Rang occupé dans la famille		
Rang 1 (l'aîné)	5	25
Rang 2	3	15
Rang 3	1	5
Rang 4	2	10
Rang 5	2	10
Rang 6	2	10
Rang 7	1	5
Rang 8	1	5
Rang 9	0	0
Rang 10	1	5
Rang 11	1	5
Rang 12	1	5

Ce tableau démontre que, bien que le suicide se soit produit plus souvent dans les trois premiers rangs que dans les autres pris séparément, cette situation est jugée

normale puisque la moyenne d'enfants dans les familles du groupe cible est de 3,87 enfants. Il apparaît donc que le suicide se produit indifféremment dans tous les rangs de la famille et de ce fait, le rang ne peut pas être considéré comme étant un facteur de risque au suicide, du moins pour les données ici présentes.

Dans la section suivante, les caractéristiques des répondants ayant une conduite suicidaire seront présentées, suivant sensiblement la même démarche qu'antérieurement. Ces données seront concentrées autour des répondants du groupe cible avec conduite suicidaire (n:6) et seront comparées avec les données touchant les répondants du groupe cible ne présentant pas de conduite suicidaire (n:40) (tableau 5.11). Afin de permettre une comparaison entre les répondants qui manifestaient une conduite suicidaire au moment de l'étude et ceux qui n'en manifestaient pas, les répondants qui ont observé une conduite suicidaire dans leur entourage ont été retirés de l'étude.

Le tableau 5.11 indique que dans une proportion de 3 pour 1, les répondants du groupe cible sont plus nombreux que les répondants du groupe de comparaison à manifester eux-mêmes une conduite suicidaire. D'autre part, la répartition des répondants du groupe cible selon qu'ils ont ou pas de conduite suicidaire, se fait de la façon suivante: avec conduite suicidaire, 6; sans conduite suicidaire, 40, soit une proportion de 1 sur 7.

TABLEAU 5.11

Nouvelle répartition des répondants **avec** et **sans** conduite suicidaire selon le groupe cible et le groupe de comparaison

VARIABLES	Groupe cible		Groupe comparaison		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Répondants avec conduite suicidaire	6	11,8	2	4,0	8	7,9
Répondants sans conduite suicidaire	40	78,4	45	90,0	85	84,2
Répondants qui ont observé une conduite suicidaire dans leur entourage	5	9,8	3	6,0	8	7,9
TOTAL	51	100	50	100	101	100

3. Les caractéristiques des répondants du groupe cible ayant une conduite suicidaire

3.1 Les caractéristiques au plan personnel ²⁴

Au niveau de l'âge, les répondants avec conduite suicidaire du groupe cible ont une moyenne d'âge de 43,4 ans (tableau 5.12) alors que ceux sans conduite suicidaire du groupe cible ont en moyenne 49,6 ans. Au niveau du statut civil, ils se distinguent des répondants sans conduite suicidaire. Aucun n'est marié chez les répondants avec conduite suicidaire, alors que 13 sur 40 le sont chez les répondants sans conduite

²⁴ Afin d'alléger la présentation, les sigles suivants seront utilisés dans le texte et dans les tableaux de la présente section: SaC₁ et SsC₁.

- S = Sujet ou répondant de l'étude
- SaC₁ = Sujet **avec** conduite suicidaire du groupe cible
- SsC₁ = Sujet **sans** conduite suicidaire du groupe cible
- a = avec
- s = sans
- 1 = groupe cible
- n = fréquence absolue
- % = pourcentage

suicidaire du groupe de comparaison. Au niveau du sexe, les femmes dominent chez les répondants avec conduite suicidaire, soit 4 sur 6. Elles dominent également chez les répondants SsC₁, soit 32 sur 40. Au plan de la scolarité, la majorité a un cours primaire ou secondaire. Par contre, seuls les répondants sans conduite suicidaire ont un cours soit collégial, soit universitaire (5 sur 39) (tableau 5.12).

TABLEAU 5.12

Caractéristiques des répondants **avec** conduite suicidaire du groupe cible (SaC₁)
au plan personnel: l'âge, le statut civil, le sexe, la scolarité

VARIABLES	GROUPE			
	SaC ₁	SsC ₁	TOTAL	
	n	n	n	%
Age				
19-29 ans	0	4	4	8,7
30-39 ans	2	7	9	19,6
40-49 ans	3	8	11	23,9
50-59 ans	0	8	8	17,4
60 ans et +	1	13	14	30,4
TOTAL	6	40	46	100,0
Moyenne	43,3	49,6	48,6	
Statut civil				
Célibataire	0	2	2	4,4
Marié, union de fait	0	13	13	28,9
Séparé, divorcé	3	5	8	17,8
Veuf	3	19	22	48,9
TOTAL	6	40	45	100,0
Sexe				
Masculin	2	8	10	21,7
Féminin	4	32	36	78,3
TOTAL	6	40	46	100,0
Scolarité				
Primaire	2	18	20	44,4
Secondaire	4	16	20	44,4
Collégial		4	4	8,9
Universitaire		1	1	2,2
TOTAL	6	39	45	100,0

3.2 La situation familiale

88,9 % des répondants ont eu des enfants. Un SaC₁ sur 6 n'a pas d'enfant (tableau 5.13). Au niveau du nombre d'enfants dans la famille, la moyenne se situe à 3,4 dans les deux sous-groupes (tableau 5.13) avec 2,5 enfants chez les SaC₁ et 3,6 chez les SsC₁.

TABLEAU 5.13

Caractéristiques des répondants avec conduite suicidaire du groupe cible (SaC₁) au plan familial: nombre d'enfants dans la famille et à la maison et stade de vie familiale

VARIABLES	GROUPE			
	SaC ₁	SsC ₁	TOTAL	
	n	n	n	%
Enfants				
Oui	5	35	40	88,9
Non	1	4	5	11,1
TOTAL	6	39	45	100,0
Nombre d'enfants dans la famille				
1 enfant	1	2	3	8,6
2 enfants	1	11	12	34,3
3-4	2	11	13	37,1
5-6	0	4	4	11,4
6 et plus	0	3	3	8,7
TOTAL	4	31	35	100,0
Moyenne	2,5	3,6	3,4	
Nombre d'enfants à la maison				
Aucun	2	15	17	41,5
1 enfant	0	6	6	14,6
2 enfants	2	11	13	31,7
3-4	1	3	4	9,7
5 et plus	0	1	1	2,4
TOTAL	5	36	41	100,0
Moyenne	1,6	1,2	1,2	
Stade de la vie familiale				
1. Couple	0	0	0	0
2. pré-scolaire	0	0	0	0
3. scolaire	0	5	5	12,8
4. adolescent	3	7	10	25,6
5. enfant a quitté	0	10	10	25,6
6. nid vide	0	8	8	20,5
7. retraité	1	5	6	15,4
TOTAL	4	35	39	100,0

Quant au nombre d'enfants à la maison au moment de l'étude, la moyenne est à peu près égale dans les deux groupes soit 1,2 et 1,6 respectivement. Au niveau du stade de la vie familiale, 3 SaC₁ sur 4 sont au stade 4 de la vie familiale, soit celui d'adolescent, comparativement à 7 SsC₁ sur 35; par contre, 23 SsC₁ sur 35 se retrouvent soit au stade 5 (10) soit au stade 6 (8), soit au stade 7 (5). A ce niveau, les deux sous-groupes se distinguent (tableau 5.13).

3.3 La situation d'emploi et le statut socio-économique

Au plan de l'occupation, les deux groupes sont différents. Un SaC₁ sur 6 a un travail rémunéré chez le groupe cible, alors que 16 répondants sur 36 ont un emploi rémunéré chez les SsC₁ (tableau 5.14).

Au niveau du type d'emploi chez les SsC₁, les emplois sont répartis particulièrement autour des postes de manoeuvre, technicien, employé de bureau et propriétaire d'entreprise. Par contre, 6 SsC₁ occupent un emploi comme cadre professionnel ou propriétaire d'entreprise (tableau 5.14). Peu de choses peuvent être dites concernant le revenu annuel, les SaC₁ ayant peu répondu à cette question. Cela se comprend puisque un seul répondant occupait un emploi rémunéré au moment de l'étude (tableau 5.14). Pour les SsC₁, le revenu se situe pour 7 sur 13, au-dessus de 25 000 \$, un sujet gagnant plus de 53 000 \$ (tableau 5.14).

TABLEAU 5.14

Caractéristiques des répondants **avec** conduite suicidaire du groupe cible au plan de la situation d'emploi et de la situation socio-économique

VARIABLES	GROUPE			
	SaC ₁	SsC ₁	TOTAL	
	n	n	n	%
Occupation				
Travail rémunéré	1	16	17	40,5
Aide sociale	2	3	5	11,9
Assurance chômage	1	2	3	7,2
Sécurité de la vieillesse	1	9	10	23,8
Autres	1	6	7	16,7
TOTAL	6	36	42	100,0
Type d'emploi				
Manoeuvre, ouvrier	1	2	3	15,8
Ouvrier, technicien	0	2	2	10,5
Vendeur, employé de bureau	1	4	5	26,3
Cadre	0	1	1	5,3
Professionnel	0	3	3	15,8
Propriétaire d'entreprise	0	2	2	10,5
Autre	0	3	3	15,8
TOTAL	2	17	19	100,0
Revenu annuel				
Moins de 5 000 \$	0	0		
5 000 - 14 999	0	2	2	14,3
15 000 - 24 999	0	4	4	28,6
25 000 - 34 999	0	3	4	28,6
35 000 - 44 999	0	3	3	21,4
45 000 - 54 999	0	0	0	0
53 000 et plus	1	1	1	7,1
TOTAL	1	13	14	100,0

3.4 La situation d'appartenance au territoire de l'Abitibi-Témiscamingue

Contrairement à la situation d'équité qui prévalait lorsque l'ensemble des répondants des groupes cible et de comparaison a été comparé sur le plan de leur provenance sur le territoire, les répondants avec conduite suicidaire du groupe cible proviennent de deux Municipalités régionales de comté (MRC), sur une possibilité de cinq. C'est

le hasard cette fois-ci qui a réparti les répondants de cette façon et qui a fait qu'il n'y ait pas de répondant avec conduite suicidaire dans les autres MRC du territoire.

Au niveau du milieu de vie, les SaC₁ proviennent du milieu urbain dans une proportion un peu plus élevée (5 sur 6) que les SsC₁ (25 sur 48) (tableau 5.15).

TABLEAU 5.15

Caractéristiques des répondants **avec** conduite suicidaire du groupe cible (SaC₁) au plan de la situation d'appartenance au territoire de l'Abitibi-Témiscamingue

VARIABLES	GROUPE			
	SaC ₁	SsC ₁	TOTAL	
	n	n	n	%
MRC				
Abitibi	0	9	9	19,6
Abitibi-Ouest	0	6	6	13,0
Rouyn-Noranda	3	9	12	26,1
Témiscamingue	0	2	2	4,3
Vallée de l'Or	3	14	17	37,0
TOTAL	6	40	46	100,0
Milieu de vie				
Rural	1	15	16	34,8
Urbain	5	25	30	65,2
TOTAL	6	40	46	100,0
Nombre d'années vécues en A-T				
5-14 ans	0	1	1	2,3
15-24	0	2	2	4,6
25-34	1	8	9	20,4
35-44	4	10	14	31,7
45-54	0	8	8	18,2
55 et plus	1	9	10	22,7
TOTAL	5	38	43	100,0
Moyenne	40	42,5	42,2	
Nombre de changement de localité depuis 10 ans				
0	3	26	29	65,9
1	1	9	10	22,7
2	1	2	3	6,8
3	1	1	2	4,5
4 et plus	0	0	0	0
TOTAL	6	38	44	100,0

Quant au nombre d'années sur le territoire, tous les SaC₁ demeurent sur le territoire de l'Abitibi depuis 25 ans et plus et sont plutôt stables au niveau du changement de localité. C'est également vrai pour les SsC₁. Seulement 3 sur 38 ont changé de localité plus d'une fois en dix ans (tableau 5.15).

Au niveau du logement, 66,7 % de l'ensemble des répondants occupe une maison unifamiliale dans une proportion de 3 sur 6 chez les SaC₁ (50 %) et de 27 sur 39 (67,5 %) chez les SsC₁ (tableau 5.16).

TABLEAU 5.16

Caractéristiques des répondants **avec** conduite suicidaire du groupe cible (SaC₁) au plan du type de logement habité

VARIABLES	GROUPE			
	SaC ₁	SsC ₁	TOTAL	
	n	n	n	%
Type de logement				
Appartement meublé	0	2	2	4,4
Appartement non meublé	3	9	12	26,7
Maison unifamiliale	3	27	30	66,7
Autres	0	1	1	22,0
TOTAL	6	39	45	100,0

3.5 Caractéristiques des personnes décédées par suicide dans les familles des répondants avec conduite suicidaire (SaC₁)

Chez les SaC₁, les 6 personnes décédées par suicide, 5 étaient de sexe masculin et avaient en moyenne 29 ans comparativement à 35,9 ans chez les SsC₁ (tableau 5.17). Trois personnes étaient mariées et étaient le conjoint du répondant, et 3 étaient célibataires et étaient le fils du répondant. La même proportion s'applique chez les SsC₁, 15 étaient le fils et 15 étaient le conjoint. Au moment de l'étude, deux ans s'étaient écoulées en moyenne depuis le décès chez les SaC₁ tandis que chez les SsC₁,

3,4 années s'étaient écoulées. Il s'était donc écoulé plus de temps chez les SsC₁ que chez les SaC₁. Le rang occupé dans la famille par le défunt (célibataire) était soit le premier rang (n:1), le 2e rang (n:1) et le 12e rang (n:1) (tableau 5.17). Chez les SsC₁, le 1^{er} vient en tête de liste avec 4 suicides, suivi des rangs 2, 4 et 6, avec un suicide chacun.

TABLEAU 5.17

Caractéristiques des personnes décédées par suicide dans les familles dont le répondant a une conduite suicidaire (SaC₁)

AGE		SEXE		STATUT CIVIL		LIEN AVEC LE RÉPONDANT		NOMBRE D'ANNÉES ÉCOULÉES		RANG DANS LA FAMILLE						
	SaC ₁	SsC ₁		SaC ₁	SsC ₁		SaC ₁	SsC ₁		SaC ₁	SsC ₁					
	Nombre			Nombre			Nombre			Nombre						
14-19	2	6	Masc	5	37	Célib.	3	15	Fils	3	15	1-2 ans	4	13	1e rang	1
20-21	0	13	Fém	1	3	Marié	3	25	Conjoint	3	25	3-4 ans	0	13	2e	1
30-39	3	9				Divorcé	0					5-6 ans	1	13	12e	1
40-49	1	3														
50-59	0	1														
60 ans +	0	8														
TOTAL	6	40		6	40		6	40		6	40					
Moyenne	29	35,9											2	3,4		

3.6 Les antécédents de suicide dans les familles d'origine ou dans la famille du conjoint des répondants avec conduite suicidaire

Un répondant sur 6 (SaC₁) a connu un suicide dans sa famille d'origine (16,6 %) (tableau 5.18). Cette proportion est moindre chez les répondants sans conduite suicidaire du groupe cible (SsC₁), soit 2 sur 40 (5 %). Trois répondants sur 6 (SaC₁) ont connu un suicide dans la famille du conjoint (50 %) par rapport à 10 sur 40 (25%) chez les SsC₁, ce qui distingue les deux groupes sur ce sujet (tableau 5.18),

Lorsque les antécédents de suicide sont regroupés, nous observons que dans les deux groupes réunis (répondants avec conduite suicidaire et ceux sans conduite suicidaire), 15 répondants sur 46 (32,6 %) ont connu un suicide soit dans leur famille d'origine, soit dans la famille de leur conjoint (tableau 5.18).

TABLEAU 5.18

Caractéristiques des répondants **avec** conduite suicidaire du groupe cible (SaC₁) au plan des antécédents de suicide dans la famille d'origine et celle du conjoint

VARIABLES	GROUPE			
	SaC ₁	SsC ₁	TOTAL	
	n	n	n	%
Suicide dans la famille d'origine				
Oui	1	2	3	6,5
Non	5	38	43	93,5
TOTAL	6	40	46	100,0
Suicide dans famille du conjoint				
Oui	3	10	13	28,3
Non	3	30	33	71,7
TOTAL	6	40	46	100,0
Suicide dans famille d'origine <u>et</u> du conjoint				
Oui	1	1	2	4,3
Non	5	39	44	95,7
TOTAL	6	40	46	100,0
Suicide dans la famille d'origine <u>ou</u> la famille du conjoint				
Oui	3	12	15	32,6
Non	3	28	31	67,4
TOTAL	6	40	46	100,0
Pourcentage	50%	30%		
Ratio	1 à 2	1 à 3		

De ces 15 répondants, 3 appartiennent aux SaC₁ et 12 aux SsC₁. Proportionnellement, cela fait 1 antécédent sur 2 pour les SaC₁ (50 %) et 1 sur 3 pour les SsC₁ (30%) (tableau 5.18). Les deux groupes diffèrent.

Au niveau du nombre d'années écoulées depuis le décès, il varie de 5 à 7 ans et plus pour les SaC₁ et la même situation prévaut pour les SsC₁, à l'exception de 2 sujets du groupe sans conduite suicidaire où le suicide remonte à 1 an et l'autre à 3-4 ans (tableau 5.19).

TABLEAU 5.19

Caractéristiques des répondants **avec** conduite suicidaire du groupe cible (SaC₁) au plan du lien de parenté entre les répondants et les personnes décédées par suicide dans les familles d'origine et du conjoint

VARIABLES	GROUPE			
	SaC ₁	SsC ₁	TOTAL	
	n	n	n	%
Lien de parenté avec famille d'origine				
Père - mère	0	1	1	33,3
Soeur - frère	0	0	0	0
Autres	1	1	2	67,7
TOTAL	1	2	3	100,0
Lien de parenté avec famille du conjoint				
Beau-père, belle-mère	0	2	1	16,7
Beau-frère, belle-soeur	0	4	2	33,3
Autres	0	3	3	50,0
TOTAL	0	9	6	100
Nombre d'années écoulées depuis le décès				
<u>Famille d'origine</u>				
1-2 ans	0	1	1	33,3
3-4 ans	0	0	0	0
5-6 ans	0	0	0	0
7 ans et +	1	1	2	66,7
TOTAL	1	2		100,0
Moyenne	15	20	18,3	
<u>Famille du conjoint</u>				
1-2 ans	0	0	0	0
3-4 ans	0	1	1	8,3
5-6 ans	1	2	3	25,0
7 ans et +	2	6	8	0
TOTAL	3	9	12	66,7
Moyenne	12,33	19,6	17,83	

Quant au lien de parenté existant avec le répondant, les données du tableau 5.19 indiquent pour les répondants sans conduite suicidaire (SsC₁) que la personne décédée dans la famille du conjoint était le beau-frère ou la belle-soeur dans 4 cas sur 9 et le beau-père ou la belle-mère dans 2 cas sur 9. Chez les répondants sans

conduite suicidaire (SsC₁) également, la situation est identique pour ce qui est de la famille d'origine et la répartition du lien de parenté est la même (tableau 5.19).

4. Portrait synthèse

Le chapitre 5 avait deux objectifs: celui de décrire les caractéristiques de l'ensemble de la population de l'étude et celui de décrire celles des répondants avec conduite suicidaire du groupe cible (saC₁), en comparaison avec les caractéristiques des répondants sans conduite suicidaire du même groupe (SsC₁).

4.1 Synthèse des caractéristiques de l'ensemble de la population de l'étude

La population de l'étude est composée de 101 répondants dont 38 sont de sexe masculin et 63 de sexe féminin. De ce nombre, 51 forment le groupe cible et 50 le groupe de comparaison. Plus de femmes que d'hommes forment le groupe cible alors que la répartition est équitable entre les deux sexes chez le groupe de comparaison.

L'âge moyen est de 46 ans et la différence d'âge entre les deux groupes est ± 7 ans (49,7 ans pour le groupe cible et 42,8 ans pour le groupe de comparaison).

Au niveau du statut civil, la plupart des gens mariés sont dans le groupe de comparaison et les veufs se retrouvent en grande majorité dans le groupe cible. La situation se comprend bien du fait que ces derniers ont perdu leur conjoint par suicide au cours des dernières années. Bien que les différences d'âge et de statut entre les deux groupes soient importantes, le critère de parité n'était pas recherché ni pour le statut civil ni pour l'âge.

Au plan de la scolarité, 51 répondants sur 101 ont un cours primaire ou secondaire et 25 du groupe cible ont un cours primaire. Au plan de la scolarité, dans

l'ensemble, les deux groupes se ressemblent.

Au plan familial, tous ont eu des enfants à l'exception de 5 familles du groupe cible. Des 31 familles qui disent n'avoir plus d'enfant à la maison, 20 se retrouvent dans le groupe cible. Au niveau des enfants, les deux groupes se ressemblent. Au niveau du stade de vie familiale, près de la moitié des familles se retrouvent au niveau 4 (stade adolescent) bien que 63 % des répondants du groupe cible (n:12) se situe entre le stade 5 (enfants ont quitté) et le stade 7 (retraite). Les deux groupes se différencient à ce niveau, le groupe cible étant plus avancé dans l'évolution du cycle de la vie familiale. Cette caractéristique sera considérée lorsque sera évalué le niveau de stress expérimenté par les familles dont le répondant a adopté une conduite suicidaire.

Au niveau de l'emploi, plus de 50 % des répondants occupent un emploi rémunéré. Cependant, 39,1 % sont du groupe cible et 61,7 % du groupe de comparaison. Un certain nombre de répondants occupe un emploi de cadre, de professionnel ou de propriétaire d'entreprise (28,5 %).

Au niveau du revenu, 10 des 14 répondants qui ont un revenu supérieur à 35 000 \$ appartiennent au groupe de comparaison, ce qui indique une différence importante entre les deux groupes, le groupe de comparaison apparaissant plus favorisé sur le plan économique. Notons que le groupe cible comporte plus de femmes que d'hommes et que la moitié d'entre elles sont veuves.

Au plan de l'appartenance au territoire de l'Abitibi-Témiscamingue, tous les répondants sont de l'Abitibi-Témiscamingue et se répartissent entre les différentes MRC divisant le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. La provenance des répondants du groupe de comparaison est identique à celle du groupe cible. Ce critère avait été établi au début de l'étude.

Au niveau du milieu de vie, les répondants provenant du milieu urbain sont deux fois

plus nombreux que ceux provenant du milieu rural. Le nombre d'années vécues en Abitibi est grand. En effet, 92 % des répondants vivent sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue depuis plus de 15 ans. De plus, ils sont stables, 70 % d'entre eux n'ont pas déménagé depuis 10 ans et 73 % habitent une maison unifamiliale. Il n'y a pas de différence entre les deux groupes au niveau du milieu de vie, du nombre d'années vécues en Abitibi-Témiscamingue et de la stabilité à l'intérieur du territoire.

Au niveau des antécédents de suicide chez les répondants, 27 sur 99, soit 27,3 % de l'ensemble, ont connu un suicide dans leur famille d'origine ou dans celle de leur conjoint. Les deux groupes se ressemblent à ce niveau.

Des 15 répondants sur 101 qui ont observé dans leur famille une conduite suicidaire au cours des 12 mois précédant l'étude, 8 ont observé cette conduite chez eux-mêmes. Six répondants sont du groupe cible et 2 du groupe de comparaison. Ils n'ont fait aucune tentative de suicide. Ils sont à la phase de l'idéation suicidaire et ils représentent 11,8 % du groupe cible et 4 % du groupe de comparaison.

Au niveau des caractéristiques des personnes décédées par suicide dans les familles du groupe cible, 92,2 % des défunts sont de sexe masculin (47 sur 51) et ils ont 35 ans d'âge moyen. Les célibataires sont au nombre de 20 et ceux qui sont mariés, au nombre de 30. Au sujet du lien avec le répondant, 21 sont le fils et 26 le conjoint du répondant. En moyenne, 3,2 ans se sont écoulés depuis leur décès. Par contre, pour 19 répondants sur 49 (38,8 %), moins de deux ans s'est écoulé depuis le décès. Au sujet du rang occupé dans la famille, 25 % des répondants étaient l'aîné de la famille. Par contre, 7 sujets sur 20 occupaient du 6^e au 12^e rang (35 %), ce qui démontre l'importance du suicide chez les personnes occupant un rang élevé dans la famille, compte tenu que le nombre de familles ayant plus de 5 enfants est relativement peu élevé au Québec.

4.2 Synthèse des caractéristiques des répondants avec conduite suicidaire du groupe cible

Six répondants avec conduite suicidaire (SaC₁) du groupe cible et 40 répondants sans conduite suicidaire (SsC₁) ont été retenus pour la suite de l'étude et ceux qui avaient observé une conduite suicidaire dans leur entourage (neveu, petit fils) ont été retirés du groupe (n:5) (tableau 5.11). Les 6 répondants avec conduite suicidaire sont comparés à ceux du groupe cible sans conduite suicidaire (SsC₁).

Au niveau du sexe, 4 SaC₁ sur 6 sont une femme alors qu'il y en a 32 sur 40 chez les SsC₁. Au niveau de l'âge, les deux groupes se distinguent; il est en moyenne de 43,3 ans chez les SaC₁ et de 49,6 chez les SsC₁. Au niveau du statut civil, les deux groupes se distinguent également. Aucun répondant n'est marié chez les SaC₁ - ils sont, soit séparés, divorcés (n:3) soit veuve (n:3) -, alors qu'ils sont mariés dans une proportion de 32 sur 40 chez les SsC₁. Au niveau de la scolarité, la majorité des SaC₁ ont un cours primaire ou secondaire, mais seuls les SsC₁ ont un cours collégial ou universitaire (5 sur 34).

Au niveau familial, les SaC₁ ont en moyenne 2,5 enfants mais il en reste 1,6 à la maison, alors que les SsC₁ ont en moyenne 3,6 enfants mais il en reste 1,2 à la maison, ce qui rend les 2 sous-groupes comparables à ce niveau. Au niveau du stade de la vie familiale, les deux groupes se distinguent, 3 SaC₁ sur 4 sont au stade 4, soit celui des adolescents, alors que 23 SsC₁ sur 35 sont au stade 5 (enfant a quitté) et 7 sur 35 sont au stade des adolescents.

Au niveau de l'emploi, les deux groupes diffèrent. Près de la moitié des SsC₁ (16 sur 36) occupe un emploi alors que chez les SaC₁, 5 sur 6 sont sans emploi. Peu de choses ont pu être comparées au plan du revenu à cause du petit nombre de répondants occupant un emploi chez les SaC₁; mais chez les SsC₁, le revenu dépasse la moyenne de 25 000 \$ annuellement.

Au niveau de l'appartenance au territoire, les SaC₁ proviennent des MRC de la Vallée de l'Or et de Rouyn-Noranda en nombre égal alors que les SsC₁ sont répartis équitablement sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. Les répondants proviennent du milieu urbain dans une proportion un peu plus élevée chez les SaC₁ que chez les SsC₁ soit 25 sur 40, mais les deux groupes résident sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue depuis un minimum de 25 ans et ils manifestent une très grande stabilité en rapport avec le changement de localité.

Plus de 66% de tous les répondants habitent une maison unifamiliale. Au niveau des caractéristiques des personnes décédées par suicide chez les répondants avec conduite suicidaire (SaC₁), 3 étaient célibataires et fils des répondants et 3 étaient conjoints des répondants; 5 sur 6 étaient de sexe masculin. Les mêmes proportions se retrouvent chez les SsC₁ (tableau 5.17). Au niveau de l'âge, chez les SaC₁, les personnes décédées ont en moyenne 29 ans tandis que chez les SsC₁, ils ont en moyenne 35,9 ans. Le décès remonte à 2 ans en moyenne chez les SaC₁ et à 3,4 ans chez les SsC₁. La différence est notable. Les trois personnes décédées chez les célibataires occupaient le 1^{er} et 3^e rang. On peut remarquer ici que la moyenne d'âge des personnes décédées par suicide chez les SaC₁ est relativement basse soit 29 ans, par rapport à celle de l'ensemble des personnes décédées par suicide, soit 35 ans. Il est à remarquer également que le décès a eu lieu il y a 2 ans et moins pour 4 des 6 sujets avec conduite suicidaire, ce qui, compte tenu de ce qu'avancent les théories récentes sur le deuil (Parkes et Weiss, 1969; Wortman et Silver, 1985 et Worden, 1982 cités dans Kouri, 1990:6) pourrait avoir influencé la conduite de certaines de ces personnes.

Au niveau des antécédents de suicide, les deux groupes diffèrent. Les 15 répondants qui ont connu un suicide dans leur famille d'origine ou dans celle de leur conjoint, toute proportion gardée, représentent 50 % (3 sur 6) des répondants avec conduite suicidaire du groupe cible (SaC₁) et 30 % (12 sur 40) des répondants sans conduite suicidaire du groupe cible (SsC₁). Au niveau du nombre d'années écoulées depuis le décès, il varie entre 5 et 7 ans chez les SaC₁, et le lien de parenté avec les SaC₁ est,

soit le beau-frère ou la belle-soeur (2 sur 6), soit le beau-père (1 sur 6). La situation est sensiblement la même chez les SsC₁.

Ce qui ressort de cette description, c'est que les SaC₁ se distinguent des SsC₁ aux niveaux de l'âge, du statut civil, du stade de vie familiale, de l'emploi, de l'âge de la personne décédée, du nombre d'années écoulées depuis le décès, et des antécédents de suicide. Le petit nombre de sujets avec conduite suicidaire ne permet pas de conclure quoique ce soit sur le rôle que ces variables ont sur l'adoption de conduites suicidaires mais elles ressortent de l'analyse et pourront faire l'objet de recherches ultérieures.

Ceci met fin à la description des répondants de l'étude. Le chapitre suivant décrit et analyse les principaux résultats obtenus au sujet des événements et/ou des changements de la vie familiale et le poids de tension qu'ils génèrent ainsi que du nombre de réponses d'adaptation que possède la famille pour affronter ses problèmes.

L'analyse des résultats permettra de vérifier les trois hypothèses formulées au départ.

CHAPITRE VI

TENSIONS ET RÉPONSES D'ADAPTATION

Dans ce chapitre, sont présentés les résultats et les analyses pour chacune des hypothèses établies au début de l'étude.

Afin de bien situer les deux groupes de départ, dans un premier temps, seront présentés le poids des tensions et les réponses d'adaptation pour les deux groupes, soit le groupe cible ou le groupe de survivants (SURV) soit le groupe de comparaison ou le groupe de comparaison (COMP) et les résultats seront comparés avec ceux obtenus par les auteurs des échelles FILE et F-COPES. Puis, afin de vérifier chacune des hypothèses énoncées au départ, seront présentés et analysés, les différents résultats obtenus par les divers sous-groupes au niveau des tensions et des réponses d'adaptation. L'hypothèse 1 concernant les familles survivantes au suicide mais sans conduite suicidaire dans leur famille (SURV-NS) sera d'abord éprouvée, suivi de l'hypothèse concernant les familles survivantes, avec conduite suicidaire (SURV-S) et enfin l'hypothèse 3 concernant les familles du groupe de comparaison avec conduite suicidaire (COMP-S) sera éprouvée et permettra certaines comparaisons entre les familles survivantes avec conduite suicidaire (SURV-S) et les familles du groupe de comparaison avec conduite suicidaire (COMP-S).

Les résultats dont il sera question, concerneront principalement ceux reliés au poids de toutes les tensions et au nombre total des réponses d'adaptation. Cette approche simplifiera la présentation et la lecture des résultats. Chaque tableau comprendra en plus du poids des tensions, le nombre total de tensions afin de pouvoir d'un seul coup d'oeil, évaluer la concordance entre le nombre de tensions et le poids qu'elles génèrent.

Une limite importante à l'interprétation des résultats est le petit nombre de familles avec conduite suicidaire dans les groupes cible (SURV-S) et de comparaison (COMP-S). Cette limite est naturellement amenée par le petit pourcentage de familles ayant cette caractéristique de famille survivante avec conduite suicidaire en Abitibi-Témiscamingue. Les résultats obtenus pour ces deux groupes de familles

n'indiqueront que des tendances par rapport aux résultats qui auraient possiblement été obtenus avec un nombre de familles plus élevé. De plus, comme la fidélité des sous-échelles des deux questionnaires n'est pas assurée prise individuellement, l'ensemble des résultats seulement sera analysé règle générale.

1. Comparaison du poids de tensions et des réponses d'adaptation entre les deux groupes de l'étude

Avant de diviser les groupes cible et de comparaison en sous groupes et d'analyser pour chacun des sous-groupes les poids de tensions et les réponses d'adaptation, il est apparu utile de comparer les groupes cible et de comparaison entre eux, puis de comparer chacun d'eux aux moyennes établies au moment de la construction des échelles.

Le poids moyen des tensions du groupe cible (325,78) est plus élevé que celui du groupe de comparaison (292,32) (tableau 6.1) mais pas de façon significative ($t_{.64}$ p.52) (tableau 6.2). Lorsque comparés avec celui obtenu par les auteurs des échelles, les deux groupes obtiennent un poids moyen relativement plus bas. En effet, la moyenne obtenue par McCubbin et Patterson (1981) à l'échelle des événements de vie auprès de 1 140 couples est de 545 (tableau 6.1) et ce, en tenant compte que les sujets étaient au stade 4 de la vie familiale. Ce stade de vie est celui atteint par près de la moitié des familles de l'étude (tableau 5.2), ce qui permet de ne faire qu'une comparaison relative entre la moyenne obtenue par les deux groupes, et celle obtenue par les auteurs de l'échelle.

TABLEAU 6.1

Données comparatives des moyennes obtenues à l'échelle des événements et changements familiaux et des réponses d'adaptation du groupe cible et du groupe de comparaison et des moyennes obtenues par les auteurs des échelles FILE et F-COPES

Tensions et réponses d'adaptation	Sujets du groupe cible (n:50)		Sujets du groupe comparaison (n:50)		Suite à la construction des échelles . des tensions (n:1140) . réponses d'adaptation (n:2740)	
	Moyenne	Écart t	Moyenne	Écart t	Moyenne	Écart t
Tensions (FILE)	325.78	305.54	292.32	211.89	545	inconnu
Réponses d'adaptation (F-COPES)	97.42	12.53	98.74	13.23	93.34	13.62

D'autre part, la moyenne des réponses d'adaptation obtenue par les sujets du groupe cible et du groupe de comparaison a été comparée à celle obtenue par McCubbin, Olson et Larsen, au moment de la construction de F-Copes, l'échelle de mesure des réponses d'adaptation en 1981, auprès de 2 740 répondants, mariés, veufs et adolescents. En comparant la moyenne des réponses d'adaptation obtenues par les sujets des groupes cible et de comparaison avec celle obtenue par les auteurs de l'échelle F-Copes, nous observons que les groupes cible et de comparaison obtiennent ici un score légèrement plus élevé (97.42 SD 12.53 et 98.74 SD 13.23 respectivement) que le score de McCubbin (93.34 SD 13.62) (tableau 6.11), c'est-à-dire que les sujets des groupes cible et de comparaison ont un répertoire de réponses légèrement plus développé que celui du groupe de McCubbin. Il est à remarquer que les deux groupes à l'étude ne se distinguent pas significativement l'un de l'autre quant à l'ensemble des réponses d'adaptation utilisées (t-.51 p.61) (tableau 6.3).

TABLEAU 6.2

Événements et changements familiaux dans les familles du groupe cible et du groupe de comparaison

ÉVÉNEMENTS ET CHANGEMENTS FAMILIAUX	Familles du groupe cible (n:50)		Familles du groupe de comparaison (n:50)		t	p=
	MOYENNE	Écart T	MOYENNE	Écart t		
SC (POIDS)						
Tensions familiales	1.84	2.49	2.02	2.42	-.37	.71
Tensions conjugales	.34	.77	.28	.54	.44	.66
Tension grossesse-naissance	.11	.38	.18	.49	-.83	.41
Tensions financières et commerciales	1.65	2.0	1.38	1.70	.74	.47
Tensions et transitions travail-famille	1.58	1.47	1.72	1.65	-.43	.67
Tensions maladie soins à la famille	.55	1.12	.48	.87	.35	.73
Tensions pertes	.76	.86	.50	.68	1.65	.10
Tensions et transitions Arrivées et Départs	.50	.74	.28	.50	1.72	.09
Tensions violation de la loi	.29	.65	.10	.36	1.81	.07
TOTAL STRESS	7.38	6.68	6.9	4.9	.37	.70
TOTAL POIDS/TENSIONS	325.78	305.46	292.32	211.89	.64	.526

Légende: Cette légende est valable pour tous les tableaux de ce chapitre.

n = Fréquence absolue

SC (poids) = Score ou poids normalisé indiquant l'étendue ou l'intensité des tensions (McCubbin et Thompson 1991)

Moyenne = Mesure de tendance centrale. Elle est la somme des valeurs de toutes les observations divisées par le nombre d'observations (SPSS, 1990);

Écart t = L'écart type est la racine carrée de la variance. elle est une mesure de la dispersion exprimée dans les mêmes unités de mesure que les observations (SPSS, 1990);

TABLEAU 6.3

Réponses d'adaptation ²⁵ dans les familles du groupe cible et du groupe de comparaison

RÉPONSES D'ADAPTATION	GROUPE CIBLE		GROUPE COMPARAISON		t	p=
	Familles du groupe cible (n:50)		Familles du groupe comparaison (n:50)			
	MOYENNE	Écart t	MOYENNE	Écart t		
Support social	28.48	7.03	28.34	6.47	.10	.92
Recadrage	28.66	3.90	29.98	3.54	-1.77	.08
Support spirituel	13.60	3.69	13.0	3.73	.81	.42
Mobilisation familiale	16.14	4.11	17.44	4.06	1.59	.11
Valorisation de la passivité	10.54	1.90	9.98	2.54	1.25	.21
TOTAL RÉPONSES	97.42	12.53	98.74	13.23	-.51	.61

TABLEAU 6.4

Normes comparatives pour l'accumulation des tensions familiales
au cours du cycle de vie familiale
NIVEAU DE STRESS

FAMILLE	STADE	MOYENNE	BAS	MODÉRÉ	ÉLEVÉ
I.	Couple	478	0-210	211-719	720 +
II.	Pré-scolaire	530	0-220	221-839	840 +
III.	Âge scolaire	500	0-265	266-734	735 +
IV.	Adolescent	545	0-240	241-849	850 +
V.	Enfant a quitté la maison	635	0-320	321-949	950 +
VI.	Nid vide	425	0-160	161-689	690 +
VII.	Retraite	395	0- 75	76-699	700 +

Les scores pour les niveaux de stress bas, modéré et élevé ont été déterminés par la moyenne et un écart-type au-dessus de la moyenne (stress élevé) et un écart-type en bas de la moyenne (stress bas).

²⁵ Le répondant avait un choix de réponses de 1 à 5, à chacun des 30 énoncés présentés dans le questionnaire. Le maximum pouvant être atteint pour le total des réponses est de 150 avec un point milieu de 75;

Devant ces données et en comparant les deux groupes de l'étude entre eux et avec ceux qui ont servi à la validation des échelles, il est possible d'observer que les moyennes de tensions obtenues par les deux groupes de l'étude sont assez semblables (325.78 et 292.32 t. 64 p.52), et tout en restant dans la marge du stress modéré, soit entre 241 et 849 (tableau 6.4), elles sont plus basses que la moyenne obtenue par l'étude de McCubbin et al avec qui elles sont comparées (545) (Tableau 6.4).

La moyenne des réponses d'adaptation des deux groupes de l'étude est assez semblable (97.42 et 98.74 avec un t.51 p.61), mais est au-dessus de celle du groupe de McCubbin (93.34) (tableau 6.1).

En résumé, sur le plan des moyennes du poids de tensions et des réponses d'adaptation, les deux groupes de l'étude ne se distinguent pas de façon significative. Par contre, le fait qu'elles se rapprochent des résultats obtenus par les auteurs des échelles, ajoute à la validité des échelles utilisées dans l'étude. Pour voir apparaître des résultats différents entre les sujets du groupe cible et ceux du groupe de comparaison, il faut diviser les sujets de l'étude en sujets avec conduite suicidaire et en sujets sans conduite suicidaire et ce, dans les deux groupes (cible et de comparaison). C'est l'objet de la prochaine section dans laquelle sera aussi faite la vérification des hypothèses. Dans cette section SURV-S signifie les sujets du groupe cible avec conduite suicidaire et SURV-NS, les sujets sans conduite suicidaire. COMP-S signifie les sujets du groupe de comparaison avec conduite suicidaire et enfin, COMP-NS signifie les sujets du groupe de comparaison sans conduite suicidaire.

2. Hypothèse 1

Dans les familles survivantes au suicide d'un membre de leur famille et dont aucun des membres n'a adopté une conduite suicidaire (SURV-NS), le nombre d'événements et/ou de changements dans la vie familiale est au-dessus de la moyenne et les réponses d'adaptation, au-dessus de la moyenne (COMP-NS) ²⁶.

L'hypothèse 1, telle qu'énoncée, veut vérifier s'il existe une relation entre les événements de vie et les réponses d'adaptation et le fait de ne pas avoir de conduite suicidaire dans les familles qui ont vécu un suicide dans leur famille.

L'hypothèse dit qu'on devrait retrouver chez les sujets sans conduite suicidaire du groupe cible (SURV-NS), un score moyen plus élevé que chez les sujets sans conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS) à l'échelle des événements de vie et un score moyen plus élevé également à l'échelle des réponses d'adaptation.

En examinant les résultats au tableau 6.5, on observe que le poids total des tensions pour les sujets sans conduite suicidaire du groupe cible (SURV-NS) est de 280.82 comparativement à la moyenne de 259.87 pour les sujets sans conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS) avec un $t.39$ $p.70$, c'est-à-dire très éloigné du seuil de signification. Les deux groupes en fait, plutôt que de se distinguer au niveau de l'ensemble des tensions, se ressemblent beaucoup, exception faite des pertes qui tend à les distinguer ($t.1.79$ $p.08$), ce qui est normal dans les circonstances où un des groupes a vécu un suicide dans la famille. Qu'en est-il des réponses d'adaptation?

²⁶ Rappelons que la moyenne dont il est question ici est celle obtenue par les familles sans conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS);

TABLEAU 6.5

Événements et changements familiaux dans les familles sans conduite suicidaire dans le groupe cible (SURV-NS) versus le groupe de comparaison (COMP-NS), selon le poids des tensions

ÉVÉNEMENTS ET CHANGEMENTS FAMILIAUX	GROUPE CIBLE		GROUPE COMPARAISON			
	Familles sans conduite suicidaire (n:40)		Familles sans conduite suicidaire (n:45)			
SC (POIDS)	MOYENNE	Écart t	MOYENNE	Écart t	t	p=
Tensions familiales	62.65	89.09	69.88	95.29	-.36	.72
Tensions conjugales	20.05	46.71	14.64	29.92	.61	.55
Tensions grossesses-naissance	.000	.000	10.11	27.98	-2.40	.02
Tensions financières et commerciales	46.92	66.01	38.44	52.16	.66	.51
Tensions et transitions reliées au travail et famille	66.43	60.29	62.06	65.43	.32	.75
Tensions maladie- soins à la famille	14.85	28.52	25.33	50.25	-1.20	.24
Tensions pertes	44.10	55.97	25.62	34.27	1.79	.08
Tensions et transitions Arrivées et Départs	16.12	25.91	10.36	18.16	1.17	.25
Tensions violation de la loi	15.92	41.90	3.62	19.35	1.68	.10
TOTAL POIDS/TENSIONS	280.82	288.41	259.87	189.33	.39	.70

Le tableau 6.6 permet de constater que les sujets sans conduite suicidaire du groupe cible ont une moyenne de 98.78 au niveau des réponses d'adaptation comparative-ment à 99.91 pour les sujets sans conduite suicidaire du groupe de comparaison t-42 p.68, c'est-à-dire très éloigné du seuil de signification, ce qui indique que les deux groupes là aussi se ressemblent alors que l'on s'attendait à retrouver une différence.

TABLEAU 6.6

Réponses d'adaptation dans les familles sans conduite suicidaire dans le groupe cible (SURV-NS) versus le groupe de comparaison (COMP-NS)

RÉPONSES D'ADAPTATION	GROUPE CIBLE		GROUPE COMPARAISON		t	p=
	Familles sans conduite suicidaire (n:40)		Familles sans conduite suicidaire (n:45)			
	MOYENNE	Écart t	MOYENNE	Écart t		
Support social	28.55	7.05	28.76	6.54	-.14	.89
Recadrage	29.55	2.71	30.16	3.69	-.85	.40
Support spirituel	13.99	3.66	13.33	3.27	.85	.40
Mobilisation familiale	16.20	3.73	17.69	4.18	-1.72	.08
Valorisation de la passivité	10.50	1.61	9.98	2.52	1.15	.25
TOTAL RÉPONSES	98.78	11.76	99.91	13.16	-.42	.68

En résumé, le poids total des tensions n'est pas plus élevé chez les sujets sans conduite suicidaire du groupe cible que chez ceux du groupe de comparaison. De plus, les réponses d'adaptation ne sont pas plus nombreuses. Ceci est contraire à l'hypothèse qui prévoyait de plus nombreuses tensions et de plus nombreuses réponses d'adaptation chez les sujets sans conduite suicidaire du groupe cible. Ces derniers s'avèrent tout à fait semblables aux sujets du groupe de comparaison, donc « normaux » et rien ne les distingue globalement l'un de l'autre, si ce n'est le fait pour un groupe d'être survivant au suicide d'un proche.

L'hypothèse 1 est donc entièrement rejetée; les familles survivantes au suicide d'un proche lorsqu'elles ne présentent pas de conduite suicidaire, non seulement ne possèdent pas plus de réponses d'adaptation que les autres familles qui n'ont pas adopté de conduite suicidaire, mais en plus, ne vivent pas plus de tensions.

Qu'est-ce qui conduit au suicide? Examinons les résultats de la prochaine hypothèse qui concerne les familles survivantes au suicide et dont un membre a adopté une conduite suicidaire (SURV-S).

3. Hypothèse 2

Dans les familles survivantes au suicide d'un membre de leur famille et dont un des membres a adopté une conduite suicidaire (SURV-S), le nombre d'événements et/ou de changements dans la vie familiale est au-dessus de la moyenne, et les réponses d'adaptation sont en-dessous de la moyenne (COMP-NS).

L'hypothèse 2, telle qu'énoncée, veut vérifier s'il existe une relation entre les changements ou les événements de la vie familiale, les réponses d'adaptation et l'adoption d'une conduite suicidaire dans les familles qui ont vécu un suicide. L'hypothèse dit qu'on devrait retrouver chez ces sujets, un score moyen plus élevé que la moyenne des sujets sans conduite suicidaire du groupe de comparaison, à l'échelle de mesure des événements de la vie familiale et un score moyen plus bas que la moyenne à l'échelle des réponses d'adaptation. En examinant les résultats du tableau 6.7, on constate que les sujets avec conduite suicidaire du groupe cible (SURV-S) ont effectivement un nombre total de tensions plus élevé que ceux du groupe de comparaison avec qui ils sont comparés, soient 13.8 par rapport à 6.20. Lorsque comparé au poids global des tensions, l'écart est encore plus évident. Les sujets du groupe cible obtiennent une moyenne de 630.4 comparée à 259.87 pour le groupe de comparaison avec un t 2.24 $p.08$, c'est-à-dire très près du seuil de signification. Les deux groupes se distinguent de façon significative au niveau des tensions familiales où la moyenne du groupe cible est de 239.40 comparée à 69.88 pour le groupe de comparaison avec un t 3.50 $p.001$ de signification et tend à se distinguer au niveau des tensions liées aux pertes où le groupe cible obtient 59.0 et le groupe de comparaison 25.62 avec t 1.95 $p.06$ c'est-à-dire tout près du seuil de signification.

TABLEAU 6.7

Événements et changements familiaux dans les familles **avec** conduite suicidaire du groupe cible (SURV-S) versus les familles sans conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS)

ÉVÉNEMENTS ET CHANGEMENTS FAMILIAUX	GROUPE CIBLE		GROUPE COMPARAISON		t	p=
	Familles avec conduite suicidaire ²⁷ (n:5)		Familles sans conduite suicidaire (n:45)			
SC (POIDS)	MOYENNE	Écart t	MOYENNE	Écart t		
Tensions familiales	239.40	164.2	69.88	96.27	3.50	.001
Tensions conjugales	46.0	92.0	14.64	29.92	.68	.55
Tensions grossesses-naissance	31.00	48.27	10.11	27.98	1.46	.15
Tensions financières et commerciales	71.20	85.34	38.44	52.93	1.25	.21
Tensions et transitions reliées au travail et famille	86.80	83.22	62.06	65.43	.64	.55
Tensions maladie- soins à la famille	69.40	85.66	25.33	50.25	1.73	.09
Tensions pertes	59.0	53.86	25.62	34.27	1.95	.06
Tensions et transitions Arrivées et Départs	24.60	36.13	10.36	18.16	.87	.431
Tensions violation de la loi	12.200	27.28	3.62	19.35	.90	.371
TOTAL TENSIONS	13.80	8.81	6.20	4.47	1.90	.12
TOTAL POIDS/TENSIONS	630.4	364.77	259.87	189.33	2.24	.08

Ces résultats ne sont pas étonnants en soi. McIntosh (1989) rapporte la présence de tensions chez les familles survivantes au suicide dans les études de Parkes et Neiss (1969), Wortman et Silver (1985) et Worden (1982), mais à l'instar de Cain (1972), la majorité de ces études relie les tensions au décès d'un membre de la famille, ce

²⁷ On doit ici rappeler que seuls les répondants qui ont eux-mêmes une conduite suicidaire ont été retenus pour l'étude. Un des répondants avec conduite suicidaire du groupe cible n'a pas répondu à la question sur les événements et/ou changements de la vie familiale; c'est pourquoi le nombre est passé de 6 à 5

que ne confirme cependant pas notre étude qui établit plutôt un lien significatif entre les tensions intra-familiales et la conduite suicidaire. Par contre, même si peu d'études, à l'exception de celle de Farber (1977) a été faite pour vérifier la relation qui peut exister entre les difficultés de fonctionnement familial et le comportement suicidaire des survivants, de nombreuses études portant sur le suicide en général concluent à l'existence de telles relations entre le suicide et les facteurs familiaux (Hanigan 1987; Tousignant et al, 1987; Wright, 1985; Aldridge, 1984; Richman, 1986; Aldridge et Dallos, 1986).

Comme dans la présente étude, les tensions proviennent de façon significative d'une seule source principale (tensions familiales), il est vraisemblable de penser sans que l'on puisse conclure définitivement à cause du petit nombre de sujets (n:5), que la présence ou l'absence d'un niveau élevé de tensions familiales influence la conduite de la famille survivante. Le rôle qu'elles jouent dans le développement d'une démarche suicidaire reste cependant à déterminer.

Le tableau 6.8 sur les réponses d'adaptation au stress chez les deux groupes (SURV-S et COMP-NS) permet avec la même réserve que celle faite au paragraphe précédent, de faire un lien entre les tensions, les réponses d'adaptation et la conduite suicidaire.

TABLEAU 6.8

Réponses d'adaptation dans les familles **avec** conduite suicidaire du groupe cible (SURV-S) versus les familles sans conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS)

RÉPONSES D'ADAPTATION	GROUPE CIBLE		GROUPE COMPARAISON		t	p=
	Familles avec conduite suicidaire (n:5)		Familles sans conduite suicidaire (n:45)			
	MOYENNE	Écart t	MOYENNE	Écart t		
Support social	26.20	7.91	28.76	6.54	-0.70	.52
Recadrage	23.60	6.58	30.16	3.70	-2.19	.08
Support spirituel	10.20	3.11	13.33	3.28	-2.04	.04
Mobilisation familiale	16.60	4.50	17.69	4.18	-.55	.59
Valorisation de la passivité	12.20	2.68	9.98	2.51	1.86	.06
TOTAL RÉPONSES	88.80	16.45	99.91	13.15	-1.75	.08

Les sujets du groupe cible ont une moyenne moins élevée de réponses d'adaptation que le groupe de comparaison, soit 88.80 comparativement à 99.91, avec un $t=1.75$ $p=.08$ de signification; c'est-à-dire que les deux groupes ont tendance à se distinguer de façon significative. Le support spirituel ($t=2.04$ $p=.04$) et la valorisation de la passivité ($t=1.86$ $p=.06$) contribuent à créer cette tendance, de même que le recadrage ($t=2.19$ $p=.08$).

Une analyse du poids des tensions et des réponses d'adaptation des deux sous groupes de familles de survivants au suicide (SURV-S et SURV-NS) apporte également un éclairage intéressant (tableaux 6.9 et 6.10) sur les différences entre les deux sous-groupes.

TABLEAU 6.9

Événements et changements familiaux dans les familles avec conduite suicidaire du groupe cible (SURV-S) versus les familles sans conduite suicidaire du groupe cible (SURV-NS), selon le poids des tensions

ÉVÉNEMENTS ET CHANGEMENTS FAMILIAUX	GROUPE CIBLE		GROUPE CIBLE		t	p=
	Familles avec conduite suicidaire (n:5)		Familles sans conduite suicidaire (n:40)			
SC (POIDS)	MOYENNE	Écart t	MOYENNE	Écart t		
Tensions familiales	239.4	164.23	62.65	89.01	2.36	.07
Tensions conjugales	46.0	92.0	20.5	46.71	.56	.62
Tensions grossesses-naissance	31.0	48.27	.000	.000	1.44	.22
Tensions financières et commerciales	71.2	85.34	46.92	66.01	.75	.45
Tensions et transitions reliées au travail et famille	86.80	83.22	66.43	60.29	.68	.49
Tensions maladie-soins-famille	69.40	85.66	14.85	28.52	1.41	.22
Tensions pertes	59.00	53.86	44.10	55.97	.56	.57
Tensions et transitions Arrivées/ Départs	24.60	36.13	16.12	25.91	.66	.51
Tensions violation de la loi	12.20	27.28	15.92	41.90	-.19	.84
TOTAL POIDS/TENSIONS	630.4	364.7	280.8	288.41	2.49	.017

La différence du niveau de tension entre les deux sous-groupes de familles du groupe cible (SURV-S et SURV-NS) est significative ($t = 2.49$, $p = .01$) (tableau 6.9), ce qui les distingue nettement l'un de l'autre, alors que tous deux ont pourtant vécu un suicide. De plus, il a déjà été constaté au tableau 6.5 que le niveau de tension des sujets du groupe cible sans conduite suicidaire (SURV-NS) n'est pas différent de celui des sujets du groupe de comparaison sans conduite suicidaire (COMP-NS), ce qui signifie que les deux groupes sont équivalents. En fait, lorsque les trois groupes sont comparés (SURV-S, SURV-NS et COMP-NS), ce qui les distingue, ce n'est plus le facteur suicide dans la famille, mais le facteur tension. D'autre part, la différence entre le nombre de réponses d'adaptation des deux groupes de familles du groupe cible est près du seuil de signification ($t = 1.71$, $p = .09$) (tableau 6.10), ce qui tend à les

distinguer l'un de l'autre. De plus, la quantité de réponses d'adaptation du groupe cible sans conduite suicidaire (SURV-NS) n'est pas différente significativement de celui du groupe de comparaison (COMP-NS) (tableau 6.6), ce qui les rend équivalents à ce niveau. Là encore, ce qui distingue les trois groupes (SURV-S, SURV-NS et COMP-NS), ce n'est pas le facteur suicide dans la famille mais le facteur réponses d'adaptation.

TABLEAU 6.10

Réponses d'adaptation dans les familles **avec** conduite suicidaire (SURV-S) du groupe cible versus les familles **sans** conduite suicidaire du groupe cible (SURV-NS)

RÉPONSES D'ADAPTATION	GROUPE CIBLE		GROUPE CIBLE		t	p=
	Familles avec conduite suicidaire (n:5)		Familles sans conduite suicidaire (n:40)			
	MOYENNE	Écart t	MOYENNE	Écart t		
Support social	26.2	7.91	28.55	7.05	-.69	.49
Recadrage	23.6	65.8	29.5	2.71	-2.0	.11
Support spirituel	10.20	3.11	13.97	3.66	-2.20	.03
Mobilisation familiale	16.60	4.50	16.20	3.73	.22	.82
Valorisation de la passivité	12.20	2.68	10.50	1.62	2.05	.05
TOTAL RÉPONSES	88.80	16.45	98.78	11.76	-1.71	.09

En résumé, les tensions ont fortement tendance à être plus élevées chez le groupe cible que chez le groupe de comparaison et les réponses d'adaptation sont, près du seuil de signification, moins nombreuses chez le groupe cible que chez le groupe de comparaison. Ces mêmes observations sont faites lorsque les familles du groupe cible sont comparées entre elles, la différence du niveau de tensions est significative et les réponses d'adaptation sont à un niveau équivalent.

Quels liens peut-on faire entre les tensions plus fortes, les réponses d'adaptation plus faibles et l'adoption d'une conduite suicidaire? Il apparaît de plus en plus évident que le poids des tensions issu des relations intrafamiliales, confronté à un répertoire de réponses d'adaptation plutôt faible particulièrement dans le domaine spirituel, rendent les sujets du groupe cible vulnérables à l'adoption d'une conduite suicidaire.

Cette constatation est intéressante et rejoint une partie du cadre de référence de l'étude qui prédit l'éclatement d'une crise familiale, si l'accumulation des stress est trop importante et si la famille ne sait pas comment y répondre ou ne possède pas les ressources internes ou externes pour y faire face (McCubbin et Patterson, 1981). D'autre part, les réponses d'adaptation puisées dans le domaine spirituel peuvent être associées en partie à des réponses d'ordre cognitives donc orientées vers les émotions. Maintenant, pourquoi la conduite suicidaire est-elle choisie par les familles pour répondre aux tensions, demeure encore une question à résoudre.

Pour le moment cependant, les résultats obtenus vont dans le sens de l'hypothèse 2 en utilisant les seuils de signification et en dégagant à travers l'analyse, le sens de certains des résultats obtenus par les sous-échelles. En effet, même si entre les groupes SURV-S et COMP-NS, le poids total des tensions n'est pas significatif, la sous-échelle tensions familiales distingue nettement les deux groupes ($t\ 3.50\ p.001$), et la sous-échelle support spirituel également ($t-2.04\ p.04$). D'autre part, entre les groupes SURV-S et SURV-NS, la différence des poids totaux de tensions est significative ($t\ 2.49\ p.01$) et se distinguent au niveau des réponses d'adaptation aux sous-échelles support spirituel ($t-2.20\ p.03$) et valorisation de la passivité ($t\ 2.05\ p.05$).

Retrouve-t-on un niveau de tensions et un répertoire de réponses d'adaptation semblables dans les familles qui n'ont pas vécu de suicide mais dont un membre a adopté une conduite suicidaire (COMP-S). C'est l'objet de la prochaine hypothèse.

4. Hypothèse 3

Dans les familles qui n'ont pas vécu de suicide et dont un des membres a adopté une conduite suicidaire (COMP-S), le nombre d'événements et/ou de changements dans la vie familiale est au-dessus de la moyenne et les réponses d'adaptation sont en-dessous de la moyenne (COMP-NS).

L'hypothèse telle qu'énoncée veut vérifier s'il existe une relation entre les événements de la vie familiale, les réponses d'adaptation et l'adoption d'une conduite suicidaire chez les sujets qui n'ont pas vécu de suicide dans leur famille. L'hypothèse dit qu'on devrait retrouver chez les sujets avec conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-S) un score plus élevé que la moyenne (sujets sans conduite suicidaire du groupe de comparaison) au niveau des événements de vie, de même qu'un score plus bas ou au-dessous de la moyenne au niveau des réponses d'adaptation. A la suite de l'analyse de ces résultats, ces données seront comparés avec celles obtenues à l'hypothèse 2.

En examinant les résultats du tableau 6.11, nous constatons que le poids total des tensions pour les sujets avec conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-S) est de 623.50 comparé à 259.87 pour les sujets sans conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS). Le test t n'a pu être calculé étant donné le petit nombre de sujets avec conduite suicidaire du groupe de comparaison. Mais la différence observée est grande et s'apparente à la différence trouvée lors de la comparaison faite entre les sujets avec conduite suicidaire du groupe cible (SURV-S) et ceux sans conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS). Cette différence était tout près du seuil de signification (tableau 6.7).

TABLEAU 6.11

Événements et changements familiaux dans les familles **avec** conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-S) versus les familles **sans** conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS)

ÉVÉNEMENTS ET CHANGEMENTS FAMILIAUX	GROUPE COMPARAISON		GROUPE COMPARAISON	
	Familles avec conduite suicidaire (n:2)		Familles sans conduite suicidaire (n:45)	
SC (POIDS)	MOYENNE	Écart t	MOYENNE	Écart t
Tensions familiales	200.5	137.88	69.88	95.29
Tensions conjugales	52.5	74.24	14.64	29.92
Tensions grossesses-naissance	32.5	45.96	10.11	27.98
Tensions financières et commerciales	41.0	.000	38.44	52.16
Tensions et transitions reliées au travail et famille	246.5	24.74	62.06	65.43
Tensions maladie- soins à la famille	20.0	28.28	25.33	50.25
Tensions pertes	.000	.000	25.62	34.27
Tensions et transitions Arrivées et Départs	.000	.000	10.36	18.16
Tensions violation de la loi	30.5	43.13	3.62	19.35
TOTAL TENSIONS	13.50	6.36	6.20	4.47
TOTAL POIDS/TENSIONS	623.50	304.76	259.87	189.33

D'autre part, en regardant les résultats du tableau 6.12, nous constatons que les sujets avec conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-S) ont une moyenne de 88.00 comparée à 99.91 pour les sujets du groupe de comparaison sans conduite suicidaire (COMP-NS). Là également, aucun test statistique n'a été établi à cause du nombre trop petit de réponses. Cependant, la différence observée étant la même que celle retrouvée entre les sujets avec conduite suicidaire du groupe cible

(SURV-S) et les sujets sans conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS), permet de constater une ressemblance entre les sujets avec conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-S) et ceux du groupe cible (SURV-S) (tableau 6.8).

TABLEAU 6.12

Réponses d'adaptation dans les familles **avec** conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-S) versus les familles **sans** conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-NS)

RÉPONSES D'ADAPTATION	GROUPE COMPARAISON		GROUPE COMPARAISON	
	Familles avec conduite suicidaire (n:2)		Familles sans conduite suicidaire (n:45)	
	MOYENNE	Écart T	MOYENNE	Écart T
Support social	28.5	6.36	28.76	6.54
Recadrage	28.50	.707	30.16	3.70
Support spirituel	7.00	4.24	13.33	3.28
Mobilisation familiale	14.50	2.12	17.69	4.18
Valorisation passive	14.50	2.12	9.98	2.52
TOTAL RÉPONSES	88.00	2.83	99.91	13.16

En résumé, tel que prévu chez les sujets avec conduite suicidaire du groupe de comparaison (COMP-S), le poids des tensions est au-dessus de la moyenne et les réponses d'adaptation en-dessous de la moyenne mais il est difficile de dire (en l'absence de tests statistiques) si la différence observée est significative. Mais, ces résultats rejoignent à peu de chose près, ceux obtenus lors de l'analyse de l'hypothèse 2. Chez les sujets avec conduite suicidaire du groupe cible (SURV-S), le poids des tensions a fortement tendance à être au-dessus de la moyenne et les réponses d'adaptation sont près du seuil de signification mais moins nombreuses que la moyenne. L'hypothèse 3 tend donc à être confirmée dans la même mesure que l'hypothèse 2 à savoir, que les résultats obtenus indiquent des tendances qui vont dans la direction de l'hypothèse émise.

Le poids des tensions et le nombre des réponses d'adaptation des familles sans conduite suicidaire du groupe cible (SURV-NS) et de comparaison (COMP-NS) se ressemblent (hypothèse 1) et d'autre part, le poids des tensions et le nombre de réponses d'adaptation dans les familles avec conduite suicidaire des groupes cible (SURV-S) et de comparaison (COMP-S) se ressemblent (hypothèses 2 et 3). Ces constatations amènent à poser la question: à quels facteurs peut-on relier la conduite suicidaire dans les familles du groupe cible? Au poids des tensions accumulées (supérieures à la moyenne), au choix des réponses d'adaptation (inférieures à la moyenne), au fait d'avoir vécu le suicide d'un proche, ou à un mélange de tous ces facteurs mentionnés?

Les résultats de l'étude conduisent à la formulation d'une nouvelle hypothèse: le suicide dans une famille est une tension à gérer qui s'ajoute à d'autres déjà existantes et la faiblesse relative du répertoire de réponses à la gestion de ces tensions ou l'absence de réponses adaptées à une tension précise, pourrait jouer un rôle important dans l'adoption d'une conduite suicidaire par un membre de la famille. Le suicide d'un membre de la famille ne serait plus considéré dans cette hypothèse si on la retenait, comme facteur suffisant pour déclencher une conduite suicidaire. Il serait un facteur de stress important parmi d'autres certes mais il contribuerait au niveau de tension de la famille, sans plus. Cette hypothèse se trouve renforcée par le fait que certains sujets du groupe de comparaison n'ayant pas vécu de suicide dans leur famille mais ayant adopté une conduite suicidaire (n:2) ont un niveau de tension élevé (623.50 tableau 6.13) et un niveau de réponses faible (88.00 tableau 6.14), exactement comme les familles du groupe cible qui ont adopté une conduite suicidaire (n:5) soit 630.40 au niveau des tensions et 88.80 au niveau des réponses d'adaptation ²⁸. Ces données ne suffisent peut-être pas à éliminer complètement l'hypothèse du suicide d'un membre de la famille comme facteur de risque important

²⁸ Même si le nombre de sujets avec conduite suicidaire du groupe de comparaison est petit, la seule lecture de leurs résultats permet d'apprécier l'importance de la ressemblance qu'ils ont avec les sujets avec conduite suicidaire du groupe cible;

à la répétition du suicide dans certaines familles; cependant, elles permettent de relativiser l'importance de ce facteur et de voir le suicide sous l'angle du stress ajouté plutôt que celui de déterminant majeur à la conduite suicidaire des survivants comme l'a soumis le Rapport sur le suicide au Canada (Santé et Bien-être social, 1987). Ces données renforcent le bien-fondé de la théorie de l'accumulation des tensions (pile up) pour expliquer l'origine, le développement et l'éclatement d'une crise dans la famille et le rôle que jouent les réponses d'adaptation dans l'installation du déséquilibre menant à la crise.

TABLEAU 6.13

Événements et changements familiaux dans les familles **avec** conduite suicidaire dans le groupe cible (SURV-S) versus le groupe de comparaison (COMP-S)

ÉVÉNEMENTS ET CHANGEMENTS FAMILIAUX	GROUPE CIBLE		GROUPE COMPARAISON	
	Familles avec conduite suicidaire (n:5)		Familles avec conduite suicidaire (n:2)	
SC (POIDS)	MOYENNE	Écart t	MOYENNE	Écart t
Tensions familiales	239.40	164.23	200.50	137.88
Tensions conjugales	46.00	92.0	52.50	74.24
Tensions grossesses-naissance	31.00	48.27	32.50	45.96
Tensions financières et commerciales	71.20	85.34	41.00	.00
Tensions et transitions reliées au travail et famille	86.80	83.23	246.50	24.75
Tensions maladie-soins famille	69.40	85.66	28.28	
Tensions pertes	59.00	53.86	.00	.00
Tensions et transitions Arrivées/Départs	24.60	36.14	.00	.00
Tensions violation de la loi	12.20	27.28	30.50	43.13
TOTAL TENSIONS	13.80	8.81	13.50	6.36
TOTAL POIDS/TENSIONS	630.40	364.77	623.50	304.76

TABLEAU 6.14

Réponses d'adaptation dans les familles **avec** conduite suicidaire (SURV-S) dans le groupe cible versus le groupe de comparaison (COMP-S)

RÉPONSES D'ADAPTATION	GROUPE CIBLE		GROUPE COMPARAISON	
	Familles avec conduite suicidaire (n:5)		Familles avec conduite suicidaire (n:2)	
	MOYENNE	Écart t	MOYENNE	Écart t
Support social	26.20	7.91	28.50	6.36
Recadrage	23.60	6.58	28.50	.707
Support spirituel	10.20	3.11	7.0	4.24
Mobilisation familiale	16.60	4.50	14.5	2.12
Valorisation passive	12.20	2.68	9.50	2.12
TOTAL RÉPONSES	88.80	16.45	88.00	2.82

En résumé, le suicide d'un membre de la famille ne serait pas le facteur le plus important à considérer dans l'adoption d'une conduite suicidaire chez les familles survivantes au suicide d'un proche et il faut en rechercher l'explication ailleurs puisque les sujets avec conduite suicidaire du groupe de comparaison n'ont pas vécu eux, de suicide dans leur famille. Cet événement ne fait donc pas partie des facteurs qui ont déclenché une conduite suicidaire ou ont contribué à faire augmenter leur niveau de tensions. D'autre part, les sujets des deux groupes (SURV-S et COMP-S) ont tous deux un répertoire de réponses semblable mais relativement faible.

L'hypothèse qui apparaît plausible à ce moment-ci pour expliquer la conduite suicidaire en s'appuyant sur les résultats précédents, serait que le suicide apparaîtrait comme réponse d'adaptation à des tensions fortes, dans les familles où le répertoire de réponses est déjà faible. Cette réponse est centrée sur l'action. Si elle apparaît deux fois plus fréquemment chez les familles survivantes (Tableau 5.7) elle serait explicable par le fait qu'elles connaissent déjà cette réponse d'adaptation, ayant été mises en contact avec celle-ci antérieurement lors du suicide d'un proche et qu'elles en sont arrivées à la considérer positivement.

Cette hypothèse, si d'autres études la confirmaient, serait intéressante dans le sens de celle soumise à la section précédente, à savoir que c'est le poids des tensions, jumelé à la faiblesse du répertoire de réponses pour affronter ces tensions qui ouvrent la porte à la conduite suicidaire en tant que réponse à ces tensions et non le fait d'avoir vécu le suicide d'un proche. Une analyse plus poussée du lien pouvant exister entre les diverses tensions et les diverses réponses d'adaptation apporterait un éclairage intéressant sur toute la question du suicide.

D'autre part, même si l'étude présente des différences entre les familles survivantes qui ont une conduite suicidaire et les autres familles survivantes, au niveau du stade de vie, (tableau 5.11), le petit nombre de sujets de l'étude ne permet pas de conclure quoique ce soit sur l'influence qu'auraient les stades de vie sur l'adoption ou non de conduites suicidaires. L'étude de cet aspect de la question devra être poursuivie ultérieurement.

5. Synthèse

Des trois (3) hypothèses formulées au départ, la première a été rejetée. Quant à la 2e hypothèse, les résultats obtenus à son sujet, sans en confirmer l'exactitude au plan statistique, vont dans le même sens que l'hypothèse soumise. La 3e hypothèse tend à être démontrée dans la même mesure que l'hypothèse 2, au sens où les résultats obtenus vont eux aussi dans la direction de l'hypothèse.

En résumé, pour comprendre l'adoption d'une conduite suicidaire chez les sujets du groupe cible (SURV-S), on ne peut retenir le suicide survenu antérieurement dans la famille comme facteur de stress unique ou suffisant pour déclencher une conduite suicidaire. Il s'ajoute, l'hypothèse 2 étant vraisemblable à d'autres événements qui ont contribué à faire monter le niveau de tensions de façon beaucoup plus élevé que la moyenne retrouvée dans la population en général (représentée par le groupe de comparaison) et à une faiblesse du répertoire de réponses d'adaptation existant dans

la famille. Les événements ou les changements provoquant cette hausse de tensions seraient d'ordre familial et de l'ordre des pertes particulièrement, et le répertoire des réponses d'adaptation serait déficient surtout du côté support spirituel.

Cette compréhension de la conduite suicidaire, comme étant une réponse à une crise, s'inscrit bien dans le cadre d'analyse développé par McCubbin et Patterson (1981) dans le domaine des crises familiales, lequel prédit l'éclatement d'une crise lorsqu'il y a accumulation de tensions et insuffisance ou inadaptation du répertoire de réponses intra et extra familial pour affronter les stressors additionnels qui assaillent la famille. Pourquoi le suicide apparaît-il à un moment donné dans le répertoire de réponses des sujets de l'étude? Quel est l'apport des tensions dans l'apparition de la conduite suicidaire? Quel est le rôle du suicide dans le développement de la conduite suicidaire chez certains survivants? Même si l'étude a jeté un éclairage intéressant sur ces questions, il est difficile d'y répondre de façon totalement satisfaisante. Le chapitre suivant résume les propos de cinq des sept sujets de l'étude avec conduite suicidaire (du groupe cible et du groupe de comparaison). Ce sont les sujets eux-mêmes qui expriment et identifient les motifs qui les amènent à vouloir se suicider, et qui situent le rôle du suicide d'un proche pour expliquer leur démarche.

CHAPITRE VII

LES PROPOS DES SUJETS AVEC CONDUITE SUICIDAIRE

Ce chapitre apporte des précisions sur les motifs qui ont amené les répondants à vouloir se suicider. Rappelons que ces répondants au nombre de sept proviennent du groupe cible (n:5) et du groupe de comparaison (n:2). Cependant, cinq répondants sur sept ont accepté de participer à cette partie de l'étude. L'un d'entre eux appartient au groupe de comparaison et les quatre autres au groupe cible.

Le chapitre précédent concluait que les tensions familiales et les pertes étaient deux variables significatives parmi celles apparaissant sous la variable indépendante événements ou changements de la vie familiale et que parmi les réponses d'adaptation aux tensions à la vie familiale, l'absence de support spirituel, de recadrage et la valorisation de la passivité étaient des variables importantes.

De quelle façon ces mêmes éléments seront-ils exprimés dans les propos des sujets interrogés? Cette partie de l'étude se concentre sur ce que cinq sujets (4 sujets avec conduite suicidaire du groupe cible et 1 sujet avec conduite suicidaire du groupe de comparaison) ont à dire. Elle a pour buts d'illustrer à l'aide de propos concrets, toute la tension présente chez ces sujets, d'identifier et de démontrer ce sur quoi ils mettent eux-mêmes l'emphase, comment ils répondent aux pressions et enfin, toute l'émotion rattachée à ce qui les amène à l'idée de suicide.

La description détaillée du devis qualitatif a déjà été présentée au chapitre 4. Il se résume comme suit: après avoir réalisé cinq entrevues avec les objectifs énoncés précédemment, l'analyse de la variable dépendante «conduite suicidaire» a été faite, à l'aide de huit thèmes. Ils sont les suivants: l'expression de l'idée de suicide, les conflits entre les membres de la famille, les difficultés de jouer seul le rôle de parents, les problèmes émotifs vécus par un ou des membres de la famille, les sentiments personnels sur soi, les autres ou les situations de vie, le recadrage, le support social et les raisons de vivre.

Tous ces thèmes, à l'exception de trois, font déjà partie du cadre d'analyse initial.

"**L'expression de l'idée de suicide**" se rajoute presque naturellement comme thème du fait que l'entrevue permet ce que n'a pas permis de faire le questionnaire (les questions étaient fermées), c'est-à-dire donner l'occasion aux répondants d'exprimer les choses qu'ils avaient à dire, avec nuance et/ou émotion. Il s'agit plus d'un thème d'introduction aux autres thèmes que d'un thème exclusif aux autres. Il apparaissait important de saisir comment cette idée était exprimée par les sujets afin de pouvoir la confronter avec l'expression d'un autre thème, soit les raisons de vivre.

Un deuxième thème ajouté, "**Les sentiments personnels sur soi, les autres ou les situations de la vie**", permet aux répondants interrogés de s'exprimer sur une variété de sujets non toujours prévus au moment de la préparation du guide d'entrevue, tels la solitude, la culpabilité, la souffrance et la tristesse.

"**Les raisons de vivre**" est le troisième thème ajouté. Il permet aux sujets qui ont exprimé l'idée de mourir, d'exprimer également pourquoi ils veulent vivre, ou pourquoi ils sont toujours vivants. Ce thème s'avèrera très utile pour comprendre pourquoi tout en voulant mourir, ils veulent aussi vivre.

L'analyse du contenu manifeste de l'ensemble des entrevues réfère généralement au cadre d'analyse principal pour la mise en relation des propos entendus. Parfois, comme le mentionnent Mayer et Ouellet (1991), certains propos situés en dehors du champ prendront une importance capitale qui sera soulignée. Parfois également, comme le suggèrent encore Mayer et Ouellet, il sera tenu compte de la spécificité du discours de chacun puisque l'âge et la position dans lesquels se trouve chaque personne interrogée, aura une influence sur le sens qui doit être donné à ses propos.

Des 5 entrevues réalisées, seul le matériel correspondant aux huit thèmes a été retenu.

Le tableau 7.1 suivant présente la fréquence et le pourcentage de réponses obtenues par thème et par sujet interviewé. Dans ce tableau, on observe que l'ensemble des thèmes recueille 385 interventions de la part des 5 sujets. Un des sujets (B 73) fait 37,9 % de toutes les interventions et 2 thèmes, sentiments personnels et difficultés émotives obtiennent respectivement 23,1 %, 21,3 % de l'ensemble des interventions totalisant ainsi 45,4 % de toutes les interventions, soit 171 sur 385. Un sujet (D 97) exprime plus fréquemment que les autres l'idée de mourir (35 % des fois où l'idée est exprimée). C'est aussi lui qui fait le plus de recadrage (41,9 %). Il est à noter que seulement une partie des propos recueillis lors des entrevues a été utilisée pour illustrer les thèmes abordés par les sujets.

En regardant de plus près le tableau 7.1, il apparaît que les sujets expriment tout autant leur volonté de mourir (11,7 %) que celle de vivre (11,4 %). Cela démontre toute leur ambivalence et leur indécision face à la mort.

"Il veut mourir mais il ne veut pas mourir; il ne veut pas mourir mais il veut mourir. Le phénomène de l'ambivalence est présent chez la plupart des suicidaires. Tout se passe comme si deux parties à l'intérieur de la personne se disputaient la place...". (Morissette, 1984: 96)

De plus, près de la moitié des tensions identifiées (45,4 %) est de nature affective. Ce dernier résultat est intéressant. Il illustre ce que ne permettait pas de faire, la partie quantitative de l'étude qui avait identifié les tensions familiales en général comme tensions principales pour les sujets avec conduite suicidaire. Ici, les entrevues menées avec certains sujets de l'étude ont permis de préciser que près de la moitié des tensions d'origine familiale est de nature affective, ce qui tend à confirmer les avancés de Baechler (1975, cité dans Séguin, 1989: 28) à l'effet que l'équilibre émotif du survivant est rudement mis à l'épreuve à tel point qu'il devient vulnérable et plus sujet à répéter le geste suicidaire.

TABLEAU 7.1

Fréquence des réponses pour chaque thème, par sujet et pour l'ensemble des sujets

Thèmes	TENSIONS										RÉPONSES AUX TENSIONS				TOTAL			
	Expression de l'idée		Conflits entre membres		Difficultés jouer rôle		Difficultés émotives		Sentiments personnels		Recadrage		Support social				Raisons de vivre	
	F.A *	% V	F.A	% V	F.A	% V	F.A	% V	F.A	% V	F.A	% V	F.A	% V			F.A	% V
A (43)	9	20	15	83,3	0		21	25,6	8	9	3	9,7	16	26,7	2	4,5	74	19,2
B (73)	11	24	0	0	13	81,3	31	37,8	32	36	5	16,1	34	56,7	20	45,5	146	37,9
C (90)	4	8,9	3	16,7	0	0	6	7,3	10	11,2	8	25,8	1	1,7	5	11,4	37	9,6
D (97)	16	35,6	0	0	0	0	24	29,3	15	16,8	13	41,9	5	8,3	8	18,2	81	21
E (515)	5	11,1	0	0	3	18,7	0	0	24	27	2	6,5	4	6,7	9	20,5	47	12,2
TOTAL vertical	45	100	18	100	16	100	82	100	89	100	31	100	60	100	44	100	385	100
TOTAL Horizontal	45	11,7	18	4,7	16	4,2	82	21,3	89	23,1	31	8,1	60	15,6	44	11,4	385	100

* **Sujets:** Il s'agit ici des sujets avec conduite suicidaire du groupe cible et du groupe de comparaison. Seul le sujet E 515 est issu du groupe de comparaison.

F.A.: Fréquence absolue

% V: Pourcentage vertical

Dans cette partie, la parole est laissée aux sujets interrogés après certains commentaires, liens ou références avec certains auteurs. Dans tous les cas, comme le rappellent Ghiglione et Matalon (1978, cités dans Mayer et Ouellet, 1991: 480), le message est complet en lui-même. On aura vite compris cependant qu'il n'a pas été possible de retenir tout ce qui s'est dit d'intéressant en entrevue. On se limitera ici à leur laisser livrer le message jugé le plus fort et le plus explicite concernant les thèmes sur lesquels les sujets ont été invités à s'exprimer et sur lesquels ils ont accepté de le faire.

1. L'idée de suicide

Le désir de mourir est exprimé de façon explicite par tous les sujets. Parfois, le sujet réfère au poids de la tâche qui lui reste à accomplir en l'absence du défunt, parfois, c'est le manque de motivation qui est exprimé, parfois c'est l'isolement social et le désir de rejoindre le disparu, parfois, c'est de n'être tout simplement plus là.

a) Poids de la tâche

En l'absence du conjoint décédé, les problèmes de la vie quotidienne continuent d'évoluer et contribuent à alimenter l'idée de suicide chez la personne survivante. Stephenson (1985, cité dans McIntosh, 1987: 81), avait déjà identifié qu'en plus du deuil, le conjoint doit faire face à d'autres problèmes tels les finances, le soin des enfants et la conduite des affaires quotidiennes de la maison. Voici à ce sujet, quelques extraits révélateurs.

*" C'est quand t'as un bout qui va mal, tu te demandes pourquoi t'en finis pas... c'est comme ça...les problèmes continuent même si lui n'est plus là"
 /.../ "Je me suis retrouvé avec un gros problème...j'ai trouvé ça tellement*

dur de tout assumer tout ça tout seul" /.../ "Parce que toutes, toutes les tâches avec les enfants, le partage de l'amour, j'en donne, j'en donne, j'ai pas le temps d'en donner...j'essaie de les combler mais c'est tout le temps...je suis fatiguée, je suis plus capable". (B 73)

"...je ne me sens pas épaulée et j'en laisse de côté. Je m'aperçois de ça" /.../ "J'ai pas la force physique et morale que j'avais". (C 90)

b) Manque de motivation

Chez certains sujets, la disparition d'un être cher fait disparaître avec lui toutes les raisons qu'ils avaient de vivre. Sa présence contribuait à donner un sens à la vie. Maintenant qu'il n'est plus là, les raisons de vivre ne sont plus les mêmes et le suicide est vu comme une délivrance, une libération.

"... C'est que t'as pu les mêmes raisons de poursuivre les problèmes de la vie, disons...quand t'avais quelque chose, quelqu'un qui t'épaulait, t'avais un but, t'avais une raison, t'as pu les mêmes raisons..." /.../ Moi je le vois plus comme une libération ". (C90)

"...Qu'est-ce qu'on fait sur c'te terre là?" /.../ après la mort de mon fils, ça oui, j'ai pensé à me suicider, souvent à part de ça". (D 97)

c) Isolement social

L'idée de suicide est parfois exprimée en relation avec l'isolement social. Paykel et al, (1974, cité dans Moscioki, 1989: 139) ont déjà identifié l'ajustement social incluant l'isolement social et l'absence de religiosité parmi les facteurs associés à l'idée de suicide chez certains sujets. Lorsque l'effort consenti pour sortir de cet isolement ne réussit pas, ils en ressentent cruellement les effets.

"... parce que moi, quand j'étais malheureuse, j'avais ces idées là, j'ai téléphoné à plusieurs personnes, sortir, prendre un café, sortir de la solitude, sortir de ça, non, ils ne voulaient pas, fait que là, là, c'était encore pire".

(B 73)

"Je suis toute seule, je vais aller rejoindre les autres..." (pleurs) (A 43)

d) Désir de n'être plus là

Parmi les réactions des parents au suicide de leur enfant, se retrouvent le blâme et la culpabilité (Miles et Demi, 1986; Bolton, 1983; Hawton, 1986, cités dans McIntosh, 1987: 73-74).

Les sentiments de culpabilité et de blâme sont reliés au questionnement sur leur rôle et sur leur compétence parentale. Les conséquences à ces sentiments amènent certains sujets à ne plus vouloir vivre et à l'exprimer de façon claire. On veut mourir, on ne tient plus à la vie et on n'a plus rien à faire sur cette terre.

"Je voudrais mourir tout de suite, là, comme ça. Je tiens pas à la vie... du tout". (A 43)

"Je peux te dire une affaire, quand j'ai tombé ben calme, après que j'ai découvert mon fils, deux ou trois heures après, j'ai dit que je me suicidais le (date) de la même façon avec un...puis j'ai dit je vais l'enterrer...je vais faire tous ses papiers de...j'vas tout arranger ça, après, je fais la même chose. J'ai pu rien à faire sur cette terre là". (D 97)

Synthèse du thème « l'idée de suicide »

En résumé, les principaux facteurs auxquels font référence ceux qui expriment l'idée de mourir sont le poids de la tâche à accomplir en l'absence du défunt

particulièrement en ce qui regarde l'éducation des enfants, l'isolement social qui semble s'être accentué depuis le décès, le manque de motivation pour continuer à vivre en l'absence du défunt et le désir de disparaître parce qu'on n'a plus rien à faire sur cette terre.

La prochaine section va faire apparaître le type de tensions auxquelles sont soumis les sujets de l'étude qui ont des idées de suicide. On se rappellera que la majorité des tensions évoquées dans la partie quantitative était dans la catégorie **tensions familiales** et **tensions perte** (tableau 6.1) et que près de la moitié de ces tensions est de nature affective (tableau 7.1)

2. Les tensions présentes

Les tensions ici font référence à des stressseurs ou à des événements de la vie familiale qui affectent la famille à un point précis dans le temps et qui produit un changement dans le système social (McCubbin et Patterson, 1981).

A. Conflits entre les membres de la famille

Les relations conflictuelles entre les membres de la famille ne sont pas le lot de tous les sujets interviewés. Par contre, lorsqu'elles sont évoquées, elle sont rattachées aux relations pas toujours bonnes avec un ou des membres de la famille, ce qui engendre de la solitude, de la crainte et de l'anxiété.

a) Relations affectives avec la famille

Le manque de soutien de l'entourage a été identifié comme facteur important entourant le geste suicidaire chez le survivant (Séguin, 1989). Aussi Farber (1977) a déjà souligné l'absence de disponibilité affective dans les rapports familiaux pour expliquer le suicide.

D'autre part, le rejet par le reste de la famille demeure souvent inexplicable pour le survivant et parfois la raison invoquée pour l'expliquer ne semble pas suffisante. Mais peu importe la situation, elle est vécue durement et elle provoque un sentiment de peine permanente.

"Celui qui reste à ..., là, y venait souvent souvent, souvent, là, cette année, il m'a même pas téléphoné. Il savait que j'étais toute seule dans la maison, que je ne pouvais pas sortir parce que j'étais en chaise roulante, puis j'étais pas capable de marcher toute seule" /.../" Puis mon fils, ça fait trois ans qui me parle pas. Je le sais pas qu'est-ce qu'il a. Il dit que j'avais pas d'affaire à dire ça à sa femme". /.../" Puis qu'est-ce que j'ai fait, je le sais pas.. je le sais pas...je cherche plus parce ce que je passe mon temps à brailler ". (A 43)

"Elle m'a appelée, pis elle m'a demandé si j'étais revenue de la mort de mon fils; j'ai pas été capable de répondre, j'avais pu de voix après ça.."(C 90)

b) Incompréhension

Parfois, les relations sont existantes entre les membres de la famille mais la communication est difficile. C'est comme si le support qu'on désirait apporter produisait l'effet inverse du soulagement attendu. Il provoque alors des tensions extrêmes, la sensation d'être incompris et un bouleversement. Cette réaction rejoint l'idée de Farber (1977) sur la disponibilité affective dans les rapports familiaux et confirme l'importance de la qualité des interactions familiales sur les conduites adoptées par certains membres (Aldridge, 1984).

"...lui (mon ex-conjoint), si y'était pas là, je pourrais respirer plus. Il me suit tout le temps; je suis à pied, il me suit" /.../" J'ai peur physiquement...émotionnellement, c'est ça qui m'ébranle... j'ai tout lâché, mon téléphone, j'ai lâché mon loyer... j'ai tout lâché". (C 90)

"Et puis, je l'ai appelé et y m'dit: veux-tu bien me dire où c'est que tu prends ton argent. Je lui dis écoute, je te demande pas d'argent. Je te dis tout simplement qu'y va y avoir une messe pour..., c'est samedi, si tu veux y aller c'est ton affaire, si tu veux pas y aller, c'est encore pareil..."
(A 43)

B. Difficultés de jouer seul le rôle de parent

Lorsqu'évoquée par les sujets interrogés, cette tension apparaît très importante. Elle est souvent rendue à un point extrême et provoque de la fatigue et de l'épuisement. Les tâches à accomplir dépassent largement les capacités des personnes à les accomplir.

Etre seul pour élever les enfants, voir à leur éducation et leur donner toute l'attention nécessaire est parfois trop lourd. Rapidement, on peut se sentir dépassé et étourdi par le poids des responsabilités.

Je suis veuve..c'est l'argent, côté monétaire, j'ai quatre enfants, je suis.. j'ai trop de responsabilités". (B 73)

L'impression d'être dépassée, suscitée par les tâches familiales trop lourdes assumées seule est reconfirmée par l'extrait suivant d'entrevue réalisée avec un sujet féminin qui a des idées de suicide mais qui n'a pas vécu de suicide dans sa famille. Pour elle, assumer seule les tâches familiales est difficile.

"Moi, mon chum est jamais chez nous... quand vous avez envoyé le sondage, ça faisait deux semaines que mon chum était parti, là, voyage les petits, jour et matin, chez la gardienne, deux fois, j'allais mener mon fils à 11 heures, j'allais chercher ma fille, j'allais la mener chez la gardienne, je faisais du 9 à 9 puis des 5, 6 jours par semaine" ./.../ "...pis après ça, t'as du lavage, du ménage, t'as tout à faire..." (E 515)

C. Problèmes émotifs d'un membre de la famille

Une étude de Sandler (1967, rapporté par Dorpat, 1972, cité par McIntosh, 1987: 76)) établit que plusieurs enfants se rétablissent complètement de l'expérience traumatisante du suicide d'un parent. Par contre, lorsque certains membres de la famille survivante éprouvent des difficultés sous ce rapport, cela s'ajoute à la pression déjà existante dans la famille et particulièrement chez la conjointe survivante. La peur et la haine éprouvées par l'enfant sont difficiles à gérer pour la mère.

a) Peur du parent décédé

Parfois, l'enfant peut se sentir coupable de la mort du parent. Il croit, avancement Cain et Fast (1972) qu'il aurait pu faire quelque chose pour prévenir le suicide. Cette situation peut expliquer en partie le sentiment de peur qu'il éprouve devant le parent décédé.

"...puis...elle avait énormément peur. Elle disait qu'il venait la revoir pour se venger". (B 73)

b) Sentiments hostiles

Certains enfants n'acceptent pas le décès du parent. Cette non acceptation se transforme en haine, et si on n'en permet pas l'expression, ces sentiments hostiles peuvent engendrer de la culpabilité (Dorpat, 1972, cité dans McIntosh, 1987: 78).

"puis...l'autre, elle a eu une haine assez en dedans d'elle...elle n'en parlait pas mais elle avait une haine, elle n'a jamais accepté". (B 73)

D. Sentiments personnels

Les sentiments personnels éprouvés par les survivants sont parfois des impressions,

parfois des opinions, parfois des émotions allant de la tristesse à la souffrance, à la culpabilité, à l'agressivité, à la non acceptation, au regret et au sentiment d'échec. La philosophie et la personnalité des sujets transparaisent à travers leurs propos.

La mort d'un membre de sa famille est souvent dûrement ressentie et donne lieu à l'expression de sentiments profonds reliés à la fois à la personne décédée et au vide qu'elle a laissé dans sa propre vie. La souffrance est liée à l'attachement envers le défunt (Parkes et Weiss, 1983, cités dans Kouri, 1990: 7) mais aussi à son propre désarroi (Rosenblatt 1988, cité dans Kouri, 1990: 8).

a) Peine

Parfois, c'est la peine qui domine dans la gamme des sentiments éprouvés, une peine qui fait mal et qu'on voudrait voir s'atténuer.

"C'est la seule chose, c'est que la douleur s'attenué, c'est ça que je veux..Je crois pas que jamais ma peine va partir mais dans 20 ans, je vais encore avoir de la peine à cause de lui, à cause qu'il n'est plus là"./.../"Je vis un calvaire" (D 97)

"Ils disaient que j'étais après faire une dépression. J'avais de la peine, qu'est-ce que vous voulez". (A 43)

b) Rage ou colère

La non acceptation du décès provoque des sentiments agressifs vis-à-vis le disparu. Parfois, c'est pour ne pas avoir lutté suffisamment.

"Je lui en voulais, je lui en voulais..de ne pas avoir lutté, de ne pas avoir changé". (B 73)

Parfois, la rage, la colère, la peine sont vécues toutes ensemble et contribuent à faire monter la tension et à la rendre intolérable.

"Tandis que là, je les vis toutes ensemble, la rage, la colère, la peine, tout est ensemble".../ "A un moment donné, faut que ça s'aque... parce que je vais éclater moi là". (D 97)

c) Culpabilité et blâme

Quelques fois, le sentiment de culpabilité est relié au rôle qu'on se donne dans la mort de celui qu'on aime (Silverman, 1972, cité dans Rudestam, 1987: 82).

"Pis moi, j'sus drôlement faite, parce que je me culpabilise tout le temps. J'ai toujours fait ça. C'est pas moi qui faisait le coup mais c'est moi qui filait coupable". (A 43)

"Moi mon fils c'était tout".../ "Je suis ben plus en maudit après moi parce que j'y ai donné un bon coup de pouce à la prendre sa décision mon gars".../ "Il me regardait vivre. Il écoutait ce que je disais, je faisais pas attention...". (D 97)

d) Sentiment d'être amputé d'une partie de soi

La mort d'un proche significatif fait perdre au survivant surtout dans la première période du deuil, tout désir de vivre en l'absence du disparu (Bowlby, 1980). Par contre, des travaux ont démontré que chez certains individus, les réactions initiales intenses de deuil, le demeurent jusqu'à plusieurs années plus tard (Wortman et Silver, 1989, cités dans Kouri, 1990: 7).

"Moi, là, là, y'a une partie de moi qui est partie, y reviendra jamais lui; tu sens un vide là, ça c'est garanti, c'est quasiment pas explicable ça; ça c'est quoi le vide, mais ça, ça reviendra jamais, je le sais que ça reviendra pas". (D 97)

"Je regarde la télévision, je fais jouer des cassettes. Il y en a une que X aimait tellement. Je l'ai enregistrée. Il me manque, il me manque tellement celui-là. Je pense aux autres aussi mais lui, il me manque tellement..." /.../ "...quand on perd un de nos enfants, on perd un morceau de nous-mêmes, puis moi, je ne l'ai pas accepté". (A 43)

e) Obsession de la présence du défunt

Pour certains, la présence physique du défunt est remplacée par la sensation d'une réelle présence qui tourne parfois à l'obsession. La difficulté de s'adapter à l'environnement d'où le défunt est absent a été notée par Worden (1982, cité dans Kouri, 1990: 8) comme facteur d'inadaptation au deuil.

"..là, il me part pas de l'idée, il n'y a pas une journée que j'y pense pas.."/.../ "J'ai déjà dit à ma fille..puis elle dit: maman, es-tu malade? Je l'ai en quelque part là". (A 43)

f) Nostalgie

La vie de couple est évoquée comme source de bonheur. C'est avec la nostalgie du passé mais aussi avec une certaine appréhension du futur que sont évoqués les volets affectifs de sa vie.

" Pis avec mon mari, j'avais tellement de bonheur à la maison"/.../ "Je sortais souvent avec lui, je voulais être à ses côtés"/.../ "C'était mon amant, c'était mon chum, c'était mon confident, c'était tout.."/.../ "J'avais une vie de famille, j'avais mon homme à moi, ma famille était plus complète, le bonheur, tout ça...puis aujourd'hui, c'est tellement dur de refaire une vie". (B 73)

g) Sentiment d'échec

La mort d'un enfant est ressentie comme un échec. Ce sentiment s'ajoute parfois aux

autres sentiments plus facilement exprimés tels la culpabilité, le blâme, la douleur. C'est parfois le seul échec que l'on a eu dans sa vie.

"C'est dur à ce moment là, c'est très dur ce bout de temps là". (C 90)

"Si tu veux dire que le seul échec, c'est la mort de mon fils, t'as raison..."

(D 97)

Synthèse du thème « les tensions présentes »

En résumé, les tensions évoquées sont à trois niveaux. Le premier concerne les relations avec l'entourage familial. Parfois, les relations familiales sont inexistantes parfois tout en existant, elles sont vécues difficilement. Elles provoquent de toute façon de la peine. Le deuxième niveau concerne le rôle de parent. Parfois on réfère au rôle que le parent a à jouer seul auprès des enfants. Alors, la tâche est perçue comme trop lourde et elle provoque la sensation d'être dépassée. Parfois, on réfère au rôle qu'on a pu jouer dans la mort de son enfant. Alors la compétence parentale est remise en question et cela provoque un sentiment de culpabilité et de blâme. Le troisième niveau est plus directement lié à la perception que les sujets ont des choses. Il est d'ordre plus personnel, plus intime. Il touche au ressenti et aux sentiments. Ces sentiments vont de la peur du défunt à l'hostilité envers lui, de la peine à la colère, du blâme à la culpabilité. Ils sont liés en partie à la douleur, elle-même reliée à la perte du proche et on a l'impression d'être amputé d'une partie de soi. D'autres sentiments exprimés touchent à l'obsession de la présence du défunt, à la nostalgie du passé et aux sentiments d'avoir vécu le seul vrai échec de sa vie.

Cependant, tel qu'il est apparu dans la partie quantitative de l'étude, même si le niveau de tensions est élevé, il ne suffit pas à provoquer à lui seul l'idée de suicide. Cette idée est liée également au nombre relativement peu élevé de réponses d'adaptation au stress. Quelles sont les réponses d'adaptation auxquelles les sujets réfèrent

et quelle place y prend l'idée de suicide? C'est l'objet de la prochaine section.

3. Les réponses d'adaptation

Les réponses d'adaptation dont il est question ici réfèrent aux mécanismes d'adaptation utilisés par les sujets de l'étude pour maîtriser les demandes liées au stress. Selon Séguin (1989) les fonctions des mécanismes d'adaptation sont de régulariser les émotions et d'agir sur les problèmes pour en diminuer les effets. Certains mécanismes sont orientés vers les émotions et d'autres vers l'action. Quelle est l'apport de chacun dans l'étude présente?

A. Recadrage

Le recadrage est défini comme la capacité de la famille à redéfinir les événements stressants pour les mieux gérer (McCubbin et Olson, 1981). Ce mécanisme adaptatif est d'une grande utilité pour affronter les difficultés et les changements de la vie. L'incapacité de recadrer certains événements de la vie par contre, les laisse en suspend, retardant ainsi leur résolution.

a) Absence de recadrage

Le suicide reste parfois longtemps inexpliqué. On ne sait pas pourquoi il s'est donné la mort. On ne comprend pas et on cherche à savoir ce qui a bien pu se passer. On cherche à s'accrocher à quelque chose. On aimerait savoir pourquoi il a fait ça. Dans une approche d'interaction familiale et interpersonnelle où le suicide est décrit comme un événement qui concerne les membres de la famille (Shneidman, 1988), le survivant s'interroge sur le rôle qu'il a pu jouer dans ce drame et sur sa propre existence.

"Je peux pas voir qu'est-ce qu'il lui a pris. J'ai beau chercher, mais je ne trouve pas. C'est pas juste...(pleurs) trente ans, imaginez-vous, pauvre X, ça c'est la dernière chose que j'aurais pensé" ./.../" Puis, je me demande tout le temps, quoi que j'aurais pu faire. Il doit y avoir quelque chose qui a accroché en quelque part". (A 43)

"...elle a dit pourquoi il a fait ça...pourquoi pourquoi y'a fait ça; pourquoi on est là nous autres". (B 73)

b) Présence de recadrage

1. Déplacement de l'énergie émotionnelle

Réinvestir ailleurs son énergie émotionnelle apparaît être un moyen pour s'en sortir Worden (1982, cité dans Kouri, 1990: 8). Mais dans un premier temps, il s'agit de récupérer cette énergie pour soi.

"C'est à moi, à m'en sortir, mais c'est dur, c'est tout le temps dur, ça prend de l'énergie, de la force, ben, je le sais pas, je le veux" ./.../" Fait que c'est ça que je veux essayer de faire, de ne plus me fier sur quelqu'un pour être heureuse". (B 73)

2. Respect du choix de l'autre

L'acceptation de la réalité de la perte commence parfois au moment où on laisse à l'autre la responsabilité du choix qu'il a fait.

"Ca l'a affecté au point où qu'il a décidé que la vie, ça valait pas la peine d'être vécue". (D 97)

"C'était son choix" ./.../" ..et il fallait que je l'accepte". (C 90)

3. Rationalisation

Parfois on trouve une raison qui aide à diminuer les effets du geste.

"Je me suis dit que c'était son destin". (C 90)

"Y'a décidé de se suicider...y'a pas vu qu'il y avait de la lumière à l'autre bout".../ "Y'avait un mal de vivre effrayant". (D 97)

B. Le support social

Le support social tel qu'entendu ici réfère à l'habileté à s'engager dans la recherche de support soit de ses amis, de sa famille ou de ses voisins (McCubbin et Olson, 1981). D'autre part, pour Dunn, Morris-Vidners (1987-88), l'idée de support est entendue au sens d'acceptation, d'approbation, d'intérêt, d'affection et de compassion. Leur étude suggère que les survivants du suicide doivent compter beaucoup sur le support de quelques amis intimes pour traverser leur épreuve. "*In sum, the pattern of support found in the interviews suggests that survivors depended heavily on only a few close friends*" (Dunn, Morrish-Vidners, 1987-88: 189).

Rudestam et Imbroll (1983) ont démontré que les parents survivants au suicide de leur enfant sont plus stigmatisés que les survivants d'un autre sorte de décès et qu'ils reçoivent moins de support. "*It seems safe to assert that parents who suffer the agony of having a child commit suicide will subsequently face the added psychological stress of societal blame and reduced social support*" (Rudestam et Imbroll, 1983: 462).

Le support social, qu'il provienne des membres de sa famille ou de ses amis, joue un rôle important. Chez les sujets concernés, il est parfois absent, parfois existant, avec des effets différents.

a) Absence de support social

L'absence de support social crée de l'isolement et celui-ci crée une situation qui diminue la possibilité de s'exprimer, donc de prendre une distance émotionnelle vis-à-vis de l'événement. Corder (1974) a démontré l'importance du support dans l'adoption d'une conduite autre que suicidaire dans des situations de désorganisation familiale. Un des sujets de l'étude exprime ainsi son isolement et sa détresse émotionnelle.

"..quand c'est le temps d'en parler aux autres, ils veulent pas; maman, il est décédé, laisse le tranquille"../.../"..puis j'ai un monsieur ici en face, là, il n'est pas endurable"../.../"J'ose pas les appeler parce que ça me gêne"../.../"..fait que moi je reste toute seule, toute seule". (A 43)

b) Présence de support social

Lorsqu'il est présent, le support social a des effets bénéfiques. Il permet un certain dégageant vis-à-vis l'événement et il facilite le retour à la vie normale.

1. Baisse de la tension

La présence physique de quelqu'un à la maison joue un rôle apaisant.

"Ma tension a baissé, mon frère est à la maison". (B 73)

2. Diminution de la peur

La peur est parfois difficile à vaincre seul. La présence d'un parent, d'un ami contribue à la faire diminuer.

"Il (mon frère) a vu que j'avais peur énormément, fait que lui, il m'a aidé". (B 73)

3. Source de libération

Le support peut prendre la forme d'un accompagnement sur plusieurs plans soit sur le plan du travail, de la maison ou celui des loisirs. Il permet aussi à l'autre de se libérer.

" A la maison, il (mon frère) m'aide...les enfants sont couchés, on parle, on prend du café ensemble, puis on parle" ./.../"Il m'a trouvé beaucoup de choses pour me distraire...pour sortir de la maison". (B 73)

"Mais là, j'ai passé au travers, j'étais pas toute seule, j'avais un colocataire". (C 90)

4. Orientation vers la recherche d'aide professionnelle

Parfois, ce sont les amis qui sonnent l'alarme sur l'état général des sujets et qui les orientent vers de l'aide professionnelle.

"Tous mes amis m'ont dit, faudrait que tu fasses de quoi, parce que tu peux pas continuer de même. Fait que là, j'ai décidé d'aller voir un psychiatre". ./.../"Je suis en train de rentrer dans un groupe, puis tout ça". (D 97).

Synthèse du thème « Les réponses d'adaptation »

Les réponses d'adaptation servant à régulariser les émotions et à diminuer l'ampleur du problème se regroupent autour de deux thèmes principaux: le recadrage et le support social. L'absence de recadrage chez les sujets interrogés signifie une absence d'explication et une recherche constante de la signification du geste. La recherche d'explications est tournée vers soi et vers sa relation avec le défunt. Cette situation empêche aussi l'évolution normale du deuil et l'acceptation de la réalité de la perte. Par contre, lorsqu'il y a présence de recadrage, elle permet de rationaliser le geste

du suicide, d'exprimer le respect du choix de l'autre et d'effectuer partiellement le retrait de son énergie émotionnelle, première étape du deuil et condition préalable au réinvestissement de cette énergie ailleurs dans d'autres relations sociales.

Le support social apparaît tout aussi important comme facteur d'adaptation. La capacité d'aller le chercher, le désir de le recevoir et la disponibilité de quelques parents ou amis pour le donner sont des facteurs cruciaux dans l'issue de la crise qui secoue les survivants. La présence de support social facilite le retour à la vie normale. Lorsqu'il est existant il fait baisser la tension, aide à surmonter la peur, permet de s'exprimer et aide à aller chercher de l'aide professionnelle. Lorsqu'il est absent, il crée et parfois accentue l'isolement et freine la possibilité d'exprimer ses sentiments et par le fait même, empêche l'évolution de la situation vers sa résolution. Le support social est une ressource utilisée pour que les stratégies d'adaptation, centrées soit sur les émotions, soit sur l'action, puissent être mises en marche.

4. Les raisons de vivre

Le fait de vouloir mourir est parfois contrebalancé par le désir de vivre. Mais pour que cet équilibre se produise, doivent apparaître à l'esprit des raisons de vivre. Elles sont parfois reliées à la personne défunte, parfois reliées à ceux qui lui ont survécu, parfois à de nouveaux horizons ouverts au hasard de la vie.

Dans une étude rapportée par Dunn, Morrish-Vidners (1987-88: 209), Rynearson (1981) dit que 8 survivants du suicide sur 13 avaient rejeté l'idée de suicide à cause de l'anxiété que cela provoquerait chez les proches. Cette étude suggère cependant que l'idée de suicide prévaut malgré la présence d'éléments refoulant cette idée.

a) Attachement envers les enfants et petits enfants

La présence des enfants est un motif invoqué pour continuer à vivre malgré la

difficulté éprouvée à s'en occuper seul.

"Ben c'est les enfants qui me retenaient. Là, je pensais à mes enfants, ils avaient besoin de moi" /.../"Ben là, je le vois que lui en se suicidant, je vois qu'est-ce que nous autres on souffre. Fait que je pense à mes enfants qui souffrent déjà assez. Je le ferai pas parce que là, mes enfants, ils ont mal".
(B 73)

Également, la présence des petits enfants que l'on aime est sûrement un stimulant pour se garder en vie.

"Je leur ai dit: vous savez que grand-maman vous aime pas. Si tu nous aimes pas grand-maman, comment ça se fait que tu passes ton temps à nous embrasser?". /.../"Pis, mes petits enfants, je les adore. Ils le savent à part de ça". (A 43)

b) Sentiment d'être utile

Ce motif est relié à l'estime de soi. Lorsque quelqu'un fait appel à ses services, la personne peut se sentir soulagée et reprendre ainsi goût à la vie.

"...encore aujourd'hui, il y en a un qui voulait se suicider parce qu'il a eu de la peine avec sa blonde; il est venu à la maison, y'avait besoin de me voir puis de parler avec moi; ça me fait du bien". (B 73)

c) Volonté de prendre sa place

Le désir de prendre sa place est un stimulant.

"...je dis, je vais la prendre la place, elle est là...quand tu sens qu'il n'y a plus de place, il n'y a plus rien". (B 73)

d) Désirabilité sociale

Ce que les gens autour de soi vont dire s'ils se suicident, motive certains sujets à rester en vie. L'idée de ne pas faire de mal aux autres est un autre motif également.

"Si tu penses le mal que tu fais au monde autour de toi, puis qu'est-ce que le monde va dire de toi, puis...si tu penses, tu le feras pas parce que tu vas prendre une autre porte de sortie". (E 515)

e) Sanction du défunt

On peut décider de ne pas se suicider à cause du défunt. Ce dernier n'accepterait pas qu'on se suicide parce que lui l'a fait.

"Je le ferai pas pour aucune raison, je le ferais pas. Parce que je sais que mon fils, y'voudrait pas que je me suicide. C'est à cause de lui". (D 97)

f) Incertitude de vouloir vivre ou mourir

L'incertitude est grande. On ne sait pas. On veut mourir, on veut vivre, mais on n'est pas décidé, ou on n'est pas prêt. On attend une réponse. Tant et aussi longtemps qu'on ne saura pas, on va vivre. Mais on peut penser que lorsqu'on aura une réponse, l'idée de suicide progressera.

"Qu'est-ce qui me tient en vie...je le sais pas...je me pose la question moi aussi des fois...qu'est-ce qui me tient en vie, puis je suis pas capable de répondre...c'est peut-être ça qui me tient en vie...j'attend de savoir la réponse". (D 97)

"Je ne serais pas capable de le faire de même, je ne suis pas prête...mais que je pogne un down...mais là, je ne suis pas prête"!/..."Je vois pas qu'est-ce qui va être mon bonheur, c'est ça...peut-être quand j'aurai fait un autre petit bout de chemin, je vais voir plus...c'est embêtant". (C 90)

Synthèse du thème « Les raisons de vivre »

Six (6) raisons sont invoquées pour continuer à vivre. Elles sont reliées à l'entourage et au rôle qu'on y joue: les enfants à éduquer, les petits enfants à aimer, les personnes qui ont besoin d'aide, qu'on veut aider et qui vont permettre de prendre sa place et de se sentir utile. Elles sont reliées au défunt: on ne veut pas se suicider à cause de lui et de plus, il ne le voudrait pas. Enfin, elles sont reliées à l'incertitude quant à son avenir, et à son ambivalence quant à son désir de vivre ou de mourir.

Il est intéressant de faire le lien entre le désir de mourir évoqué au début du chapitre, et le désir de vivre. Tous deux réfèrent à l'entourage social. On veut mourir parce qu'on est seul ou qu'on se sent seul, et on veut vivre parce que quelqu'un dans son entourage souffrirait de son départ ou a besoin de lui. Le support social apparaît important et sa présence ou son absence semble pouvoir faire la différence entre vivre et mourir.

Le tableau 7.2 résume l'ensemble des propos tenus par les sujets interrogés.

TABLEAU 7.2

Propos des sujets avec conduite suicidaire

<u>L'IDÉE DE SUICIDE</u>	<u>LES RÉPONSES D'ADAPTATION</u>
<input type="checkbox"/> Poids de la tâche <input type="checkbox"/> Manque de motivation à vivre <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Désir de n'être plus là	<p>A- Recadrage</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Absence de recadrage</u> - <u>Présence de recadrage</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Déplacement de l'énergie émotionnelle <input type="checkbox"/> Respect du choix de l'autre <input type="checkbox"/> Rationalisation <p>B- Support social</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Absence de support social</u> - <u>Présence de support social</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Baisse de la tension <input type="checkbox"/> Diminution de la peur <input type="checkbox"/> Source de libération <input type="checkbox"/> Orientation vers la recherche d'aide professionnelle
<u>LES TENSIONS</u>	<u>LES RAISONS DE VIVRE</u>
<p>A- Conflits entre les membres de la famille</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Relations affectives <input type="checkbox"/> Incompréhension <p>B- Difficultés de jouer seul le rôle de parents</p> <p>C- Problèmes émotifs d'un membre de la famille</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peur du parent décédé <input type="checkbox"/> Sentiments hostiles <p>D- Sentiments personnels</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peine <input type="checkbox"/> Rage <input type="checkbox"/> Culpabilité et blâme <input type="checkbox"/> Sentiment d'être amputé d'une partie de soi <input type="checkbox"/> Obsession de la présence du défunt <input type="checkbox"/> Nostalgie <input type="checkbox"/> Sentiment d'échec 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Attachement envers les enfants et les petits enfants <input type="checkbox"/> Sentiment d'être utile <input type="checkbox"/> Volonté de prendre sa place <input type="checkbox"/> Désirabilité sociale <input type="checkbox"/> Sanction du défunt <input type="checkbox"/> Incertitude de vouloir vivre ou mourir

Commentaires

Il est difficile de commenter davantage ces extraits d'entrevues tant ils sont denses et riches. La douleur et l'émotion sont des éléments présents dans tous les propos, le désarroi également. Plusieurs éléments nécessaires à la vie elle-même sont touchés par le décès d'un fils ou d'un conjoint. Parfois, c'est la perte elle-même qui est la cause de l'intensité de la douleur, parfois, c'est le poids de la vie elle-même et de ses exigences qui empêche la vie de continuer après le décès. La durée et l'intensité du deuil varient en fonction de différences individuelles (Bowlby, 1961; Lindemann, 1944; Maddison et Viola, 1968; Parkes, 1965, cités dans Séguin, 1987: 5) et ces différences dépendent des circonstances entourant la mort, de la relation qui existait avec le défunt et de l'expression de la douleur. Il apparaît chez les sujets de l'étude, que la mort du fils ou du conjoint est à l'origine d'autres événements qui, suite au décès par suicide, ont contribué à la hausse du niveau de tension générale.

Certaines études ont démontré qu'au deuil, s'ajoutent d'autres tensions difficiles à gérer surtout lorsque les conditions sont défavorables (Farber, 1968) et que le réseau de support social et familial est absent (Aldridge, 1984). Aldridge avance que la conduite suicidaire doit être vue alors comme un pattern de communication.

Le geste suicidaire peut parfois être pris dans le sens d'une volonté d'expier la culpabilité ressentie (D'Amours et Kiely, 1985). Le vide créé par le décès d'un fils ou d'un conjoint et le rôle que l'on s'est donné face à ce décès, créent parfois un remous tel qu'il déséquilibre tout l'édifice de son existence. On ne peut pas toujours dire que ce poids s'ajoute aux autres, il est dans certains cas, le seul, l'unique, mais il est suffisant pour provoquer tout ce qu'il provoque. Pour la grande majorité des sujets interviewés dans la présente étude, le poids important des tensions existantes avant le décès ou créé par le décès et/ou consécutivement au décès, jumelé à la présence ou à l'absence de support et de raisons de vivre, créent un état de crise et ouvrent la porte au suicide pour peu que l'attitude qu'ils ont envers celui-ci soit

favorable.

En résumé, dans le contexte des études citées et de la présente étude, le suicide d'un membre de la famille serait considéré un stress important à gérer et s'ajouterait à d'autres stress que le sujet a à gérer dans des conditions difficiles. Toutes ces études sont très proches de celle de McCubbin (1981) sur l'accumulation des tensions et sur le risque de déclenchement d'une crise si les tensions sont trop fortes et les réponses d'adaptation trop peu nombreuses. Dans ce contexte, la conduite suicidaire s'ajouterait au répertoire de réponses déjà restreint globalement. Et le choix de cette réponse serait facilité par le fait que la famille connaît déjà cette réponse ayant déjà été mise en contact avec cette solution lors du suicide d'un de ses membres (D'amours et Kiely, 1985; Blacky, 1968; Dunn, Morrish-Vidners, 1987-88). Auparavant, le suicide était une idée abstraite et maintenant, cette idée est devenue une option à considérer dans l'éventualité où les difficultés à affronter seraient grandes. "*Now their experience had reframed the idea into a viable option in the event of great difficulties*" (Dunn, Morrish-Vidners, 1987-88: 209).

Dans le cas où le sujet n'a pas de membre de sa famille qui s'est suicidé et qui exprime l'idée de suicide, les stress à gérer sont importants, les conditions de gestion sont difficiles et les réponses d'adaptation sont restreintes.

Le prochain chapitre résume l'étude, discute des résultats et analyse les pistes qu'elle entrouvre.

CHAPITRE VIII

DISCUSSION DES RÉSULTATS ET CONCLUSION

Les pages suivantes résument les principales étapes de la recherche, les principaux résultats obtenus et leurs limites, ainsi que les implications qu'une telle étude peut avoir sur la recherche sur le suicide et sur l'intervention sociale et communautaire.

Deux questions se posaient à l'origine de cette recherche. L'enclenchement d'une démarche suicidaire chez les survivants au suicide d'un membre de leur famille est-il relié au fait que ce dernier se soit suicidé et qu'en réaction à cet événement (réactions de deuil particulièrement) les survivants veuillent aussi mourir?; ou, cette démarche est-elle reliée au fait qu'aux prises avec de nombreux stress, les survivants, incapables de les affronter adéquatement, envisagent le suicide comme solution à leurs problèmes, s'identifiant de ce fait à la démarche suivie par le suicidé plutôt qu'au suicidé lui-même?

Cette recherche s'est déroulée sur une période de six mois sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue entre les mois d'août 1992 et février 1993 auprès de 101 personnes formant à 51, le groupe cible et à 50 le groupe de comparaison.

La recherche sur le terrain a cependant été précédée de plusieurs étapes. Une revue des écrits a d'abord été réalisée sur les réactions des survivants au suicide d'un de ses membres. Le suicide a-t-on vu, tout en demeurant un acte personnel, comporte et reflète une dimension interpersonnelle cruciale, ce qui porte les survivants à se blâmer. Ils doivent subir de la réprobation sociale, ce qui contribue à accentuer le sentiment qu'ils ont d'être isolés et à les amener parfois à adopter une conduite suicidaire. En plus du blâme et du désir d'expiation, d'autres facteurs accompagnent la démarche suicidaire. Il s'agit du processus de deuil lui-même, des interactions entre les membres de la famille, de la personnalité du survivant associée à la difficulté de gérer adéquatement des sujets délicats dans des conditions défavorables et de l'absence de soutien des réseaux social et familial. Ce qui semble important de souligner, c'est que le comportement suicidaire est une forme de communication dirigée vers l'entourage significatif du suicidaire, et que dans certaines familles, il fait

partie du répertoire de réponses pour affronter les crises. La disponibilité affective dans une famille apparaît plus importante que la stabilité de la famille elle-même et le fait d'avoir déjà été en contact avec le suicide dans la famille, semble être un facteur de risque important chez les adolescents surtout. Il apparaît qu'un des facteurs de protection à l'adoption d'une conduite suicidaire chez les adolescents particulièrement, soit la capacité de prendre une distance physique et émotionnelle vis-à-vis la source de ses problèmes. La façon avec laquelle les membres de la famille évaluent les événements et y répondent sont également des facteurs importants dans le développement des crises suicidaires.

La revue des écrits a également portée sur le deuil en général. Elle a d'abord été réalisée et orientée sur le processus de deuil et sur les réactions que la mort soudaine et inattendue peut susciter. Ces réactions, on l'a vu, vont d'une dépression sévère s'étendant sur plusieurs années à une réaction normale traversant les quatre phases du deuil, allant de l'engourdissement à la réorganisation d'une durée d'environ deux ans. La famille et l'environnement sont deux facteurs importants permettant le réinvestissement de l'énergie émotionnelle des survivants ailleurs.

Il est apparu, suite à la revue des écrits, que l'adoption d'une conduite suicidaire chez les survivants d'un suicide, ne pouvait pas toujours s'expliquer par le seul fait du deuil que celui-ci soit atypique ou pathologique et que d'autres facteurs intervenaient, dont les tensions engendrées par les événements de la vie familiale et par la façon de les évaluer et d'y répondre.

Deux modèles ont été choisis pour mesurer le niveau de tension provoquée par les événements et les changements dans la vie familiale et les réponses d'adaptation à ces événements. Il s'agit du modèle Double ABC-X des stressors familiaux et des tensions, et du modèle d'adaptation familiale au stress, choisis en raison de la validité et de la fidélité des échelles de mesure que les auteurs ont développées au fur et à mesure de l'élaboration de ces modèles.

La traduction en français des échelles de mesure a été effectuée au début de l'étude et une attention particulière a été accordée à la fiabilité de la traduction française auprès de plusieurs catégories de personnes, avant de les utiliser auprès de l'échantillon choisi pour cette étude.

Les concepts de **stress familial, de crises, de réponses d'adaptation, de famille, de stade de développement et de processus suicidaire** sont au centre de la présente étude. Les hypothèses au nombre de trois (3), formulées au terme de la revue des écrits stipulaient que:

- que chez les survivants qui n'avaient pas adopté de conduite suicidaire, le nombre des événements de vie était **au-dessus** de la moyenne et que les réponses d'adaptation étaient **au-dessus** de la moyenne;
- chez le survivants qui avaient adopté une conduite suicidaire, le nombre d'événements de vie était **au-dessus** de la moyenne et que les réponses d'adaptation était **en-dessous** de la moyenne;
- d'autre part, chez les familles du groupe de comparaison qui n'étaient pas des survivants du suicide et dont un des membres a adopté une conduite suicidaire, le nombre d'événements de vie était **au-dessus** de la moyenne et les réponses d'adaptation **en-dessous** de la moyenne;

La méthode utilisée dans notre recherche a été minutieusement choisie et respectée dans tous ses détails: le choix du devis s'est fait après l'analyse des critiques formulées à l'endroit de plusieurs devis de recherche sur le suicide. Celui utilisé dans cette étude, prévoit un nombre important de personnes à interroger, un groupe de comparaison et des instruments de mesure déjà validés dans d'autres études.

Pour le compléter, un certain nombre d'entrevues avec des survivants ayant adopté une conduite suicidaire a été réalisé. L'objectif de cette partie était **d'illustrer par des propos concrets, les motifs reliés à leur conduite** et de compléter ainsi les résultats obtenus par le volet quantitatif de l'étude. L'idée n'était pas de faire une analyse complète de leurs propos mais bien d'en faire une analyse de premier niveau sans chercher à en découvrir le sens caché.

L'échantillon du groupe cible a été choisi selon des critères clairement définis: les familles doivent avoir vécu un décès par suicide dans leur famille (au sens de famille nucléaire) au cours des six (6) dernières années, excluant la dernière année, le suicide doit avoir eu lieu au moment où le défunt demeurait dans la famille et la famille, demeurer sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. L'échantillon du groupe de comparaison a été choisi pour faire en sorte qu'il provienne proportionnellement et en nombre égal des mêmes milieux (Municipalités régionales de comté) que les familles du groupe cible. Chaque répondant devait former une famille, ne pas avoir vécu de suicide au cours des six dernières années et accepter de participer à l'étude.

1. Discussion des résultats et leurs limites

Que retenir de cette étude aux niveaux des caractéristiques des participants et des résultats obtenus par rapport aux hypothèses de départ.

Participants à l'étude

La population de l'étude est composée de 101 personnes dont 38 sont des hommes et 63 sont des femmes. Plus de femmes que d'hommes forment le groupe cible. L'âge moyen est de 46 ans. Au niveau du statut civil, la plupart des gens sont mariés dans le groupe de comparaison, et les veufs se retrouvent en grande majorité dans le groupe cible. Sur le plan de la scolarité, les deux groupes se ressemblent ayant soit un cours primaire, soit un cours secondaire. Au plan familial, tous ont des enfants

à l'exception de 5 familles du groupe cible. Au niveau du stade de la vie familiale, près de la moitié des familles sont au stade des adolescents bien que 63 % des répondants du groupe cible se situe soit au niveau du nid vide, soit celui de la retraite. 92 % réside sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue depuis plus de 15 ans.

Au niveau des personnes décédées par suicide, 21 étaient le fils et 30 le conjoint des répondants de l'étude. Au niveau du rang occupé par le défunt célibataire dans la famille, 25 % des sujets était l'aîné de la famille et 35 % occupait un rang situé entre le 6e et le 12e rang de la famille, ce qui démontre l'importance du suicide dans les familles de plus de cinq (5) enfants puisqu'elles représentent 10 des 45 familles du groupe cible qui ont des enfants (tableau 5.2), soit 22,2 % et qu'elle ont généré 35% des suicides. Cependant, dans l'ensemble, il apparaît que le suicide se produit indifféremment dans tous les rangs et de ce fait, le rang ne peut être considéré comme étant un facteur de risque au suicide, du moins, dans cette étude.

Le suicide a tendance selon différents auteurs, à se produire dans certaines familles d'une génération à l'autre (Cain, 1972; Rudestam, 1977). Dans l'ensemble, 27 répondants sur 99 (27,3 %) ont eu un suicide soit dans leur famille d'origine, soit dans la famille de leur conjoint et ce, dans une proportion à peu près égale entre les deux groupes, soit 15 dans le groupe cible et 12 dans le groupe de comparaison. Comme il y a déjà eu suicide dans la famille immédiate de tous les répondants du groupe cible, et suicide dans leur famille d'origine ou dans la famille de leur conjoint pour 30 % d'entre eux, et en observant les résultats qu'obtient le groupe de comparaison à cet effet, on pourrait faire l'hypothèse que même si aucun suicide n'a encore eu lieu dans la famille immédiate des répondants du groupe de comparaison, un certain nombre de ces familles est susceptible d'en connaître un dans l'avenir et ce seulement si on retient l'hypothèse que le suicide d'un membre est un facteur important dans le processus suicidaire. Par contre, puisque les répondants du groupe de comparaison ont dans une même proportion que le groupe cible, des antécédents

de suicide mais n'ont vécu aucun suicide dans leur famille immédiate, on pourrait faire l'hypothèse que la variable "antécédents de suicide" n'est pas une variable prédictive du suicide, ce que la présente étude tend à démontrer. Cependant, pour être en mesure de maintenir cet avancé, une étude longitudinale serait nécessaire auprès des répondants du groupe de comparaison. Dans le cas où un certain nombre de suicides se produirait dans les familles identifiées du groupe de comparaison, les résultats rapportés par Cain (1972), Rudestam (1977) et plus récemment par Aldridge (1984), seraient renforcés. Mais en ce qui concerne nos données, aucune affirmation concernant l'importance de la variable "antécédents de suicide" comme facteur de risque, ne peut être soutenue.

Les données précédentes sur les antécédents de suicide sont cependant révélatrices sous un autre angle. En effet, les résultats obtenus du groupe de comparaison indiquent qu'une famille sur quatre, à un moment donné ou l'autre de son existence est touchée par le suicide, ce qui donne une idée de l'ampleur de ce phénomène. Dans certaines familles (2 sur 5 dans le groupe de comparaison), un suicide a eu lieu et dans la famille d'origine et dans la famille du conjoint.

Des 15 répondants qui ont observé une conduite suicidaire dans leur famille au cours des 12 mois précédant l'étude, 8 ont observé cette conduite chez eux-mêmes dont 6 sont du groupe cible et 2 du groupe de comparaison. Aucun n'a fait de tentative de suicide. Ils en sont à la phase de l'idéation.

Dans une proportion de 3 pour 1, les répondants du groupe cible sont plus nombreux que ceux du groupe de comparaison à manifester eux-mêmes une conduite suicidaire, ce qui corrobore les résultats de certaines études au sujet de l'apparition de l'idée de suicide dans la population. Dans une étude de Santé Québec (1987) citée par l'Association de suicidologie du Québec (1990), il est mentionné que près de 4 % des personnes en moyenne au Québec, avait l'année précédant l'enquête de Santé Québec, pensé mettre fin à leurs jours.

Si on regarde les résultats obtenus dans la présente étude auprès du groupe de comparaison sur les idées de suicide des répondants eux-mêmes, on observe la même proportion de personnes (4%) qui ont pensé mettre fin à leurs jours au cours des 12 derniers mois. Ces résultats suggèrent que, sur le plan des idées suicidaires, la population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue ne se distingue pas de l'ensemble du Québec. Par contre, chez le groupe cible, 11,8 % des répondants ont eu des idées de suicide. De ce fait, on doit constater qu'ils sont trois fois plus à risque de mettre fin à leurs jours par suicide que la population en général. Ces résultats, bien qu'ils doivent être interprétés prudemment, sont importants parce qu'ils corroborent les résultats de l'étude de Santé Québec (1987) sur les idées de suicide dans la population en général (1 personne sur 10 a pensé sérieusement à se suicider au cours de sa vie). De plus, ils vont dans le même sens mais à un degré moindre que l'étude de Giffin et Felsenthal (1983, cités dans le Rapport d'étude sur le suicide au Canada, 1987:) au sujet du risque suicidaire des survivants au suicide d'un proche; cette étude indique que le risque de suicide chez les survivants est 9 fois plus élevé que pour la population en général. Ici, c'est au moins 3 fois plus élevé.

Au niveau des antécédents de suicide chez les 6 répondants avec conduite suicidaire du groupe cible, 3 sujets ont eu un suicide dans leur famille d'origine ou de leur conjoint.

Les résultats de l'étude quantitative

Trois hypothèses avaient été formulées au début de l'étude et l'analyse des résultats démontre que l'hypothèse 1 est rejetée, tandis que pour les hypothèses 2 et 3, les résultats obtenus vont dans le sens des hypothèses émises.

La première hypothèse, laquelle a été rejetée, voulait vérifier l'existence d'une relation chez les sujets du groupe cible sans conduite suicidaire entre un niveau de tension élevé, un niveau d'adaptation égal ou plus bas que la moyenne et l'adoption

d'une conduite suicidaire.

Les résultats indiquent que le niveau de tension est plutôt comparable à celui du groupe de comparaison (t.39 p.70) (tableau 6.5) et que les réponses d'adaptation sont également comparables à celles du groupe de comparaison (t-.42 p.68) (tableau 6.6), ce qui fait apparaître les deux groupes semblables alors qu'on s'attendait à trouver des différences entre eux.

La deuxième hypothèse voulait vérifier l'existence d'une relation entre le niveau de tensions élevé relié aux événements de la vie familiale chez les sujets avec conduite suicidaire du groupe cible et un bas niveau de réponses d'adaptation, et l'adoption d'une conduite suicidaire. Les résultats indiquent que chez les sujets avec conduite suicidaire au niveau de la sous-échelle «tensions familiales», la différence entre les deux groupes est significative (t.3.50 p.001) (tableau 6.7) et que les réponses d'adaptation dans l'ensemble sont plus basses que la moyenne à un taux se situant près du seuil de signification (t-1.75 p.08) (tableau 6.8). Ces résultats ne sont pas étonnants, plusieurs auteurs dont Hanigan, 1987; Tousignant et al, 1987; Wright, 1985; Aldridge, 1984, ont déjà identifié les tensions familiales comme variables importantes dans l'adoption de conduite suicidaire. D'autre part, McCubbin et Patterson (1981) ont prédit qu'en l'absence de ressources internes ou externes, la famille pouvait vivre une crise au moment où elle se trouvait en présence de plusieurs stress à la fois.

L'hypothèse 3 voulait vérifier s'il existait une relation chez les sujets suicidaires du groupe de comparaison, entre un niveau de tensions élevé et un niveau d'adaptation en-dessous de la moyenne.

Les résultats indiquent que le niveau de tension chez ces sujets est plus élevé effectivement que chez les sujets du groupe de comparaison, (il se compare même aux sujets du groupe cible à ce niveau) et qu'ils ont un niveau d'adaptation plus bas

que la moyenne du groupe de comparaison. Leurs réponses d'adaptation se rapprochent de celles des sujets du groupe cible (tableaux 6.10 et 6.8). A cause du petit nombre de sujets concernés, aucun test statistique n'a été conduit. Malgré les réserves qui s'imposent, ces résultats tendent à confirmer les pistes qui émergent du rejet de l'hypothèse 1, au sujet du rôle que joue le poids des tensions jumelé à la faiblesse du répertoire de réponses dans l'adoption d'une conduite suicidaire, à savoir que l'adoption d'une telle conduite chez les personnes qui ont vécu un suicide, serait plutôt reliée au poids des tensions accumulées, jumelé à la rareté et/ou à la qualité (adéquation) des réponses d'adaptation à ces tensions, qu'au fait d'avoir eu un suicide dans leur famille (tableaux 6.11 et 6.12).

Ces constatations amènent à conclure prudemment cependant, que le suicide d'un membre de la famille n'est pas en soi un facteur de risque favorisant l'adoption d'une conduite suicidaire chez les survivants, sinon vu sous l'angle d'un stress important parmi d'autres (Holmes et Rahe 1967). L'idée de suicide apparaîtrait plutôt dans le répertoire de réponses du survivant en guise de réponses d'adaptation aux tensions qu'il vit, et ce, en l'absence de réponses plus adaptées. Cependant, quel est le rôle du suicide, comme déclencheur des tensions qui vont s'accumuler? Il est difficile de le préciser mais il semble jouer un rôle important là où le répertoire de réponses est faible. Si d'autres études confirmaient le résultat de la présente étude et poursuivaient les pistes qu'elle entrouvre, la recherche sur le suicide aurait progressé d'un grand pas, parce qu'elles permettraient de relativiser l'importance du suicide comme tel versus son importance comme stresser additionnel et ce, sans minimiser son rôle comme déclencheur de nouveaux stress, particulièrement dans les familles ayant un répertoire de réponses d'adaptation faible. Dans ce sens, la recherche s'orienterait vers l'étude du suicide comme faisant partie du répertoire de réponses au stress non seulement chez les familles survivantes au suicide, particulièrement vulnérables à cause de leur connaissance de cette réponse, mais à toutes autres familles dont le niveau de stress est élevé, particulièrement au niveau intrafamilial et dont le répertoire de réponses est faible particulièrement au niveau du support

spirituel. Certaines variables intermédiaires telles l'âge, le statut civil, le stade de vie, le statut d'emploi, l'âge de la personne décédée, le nombre d'années écoulées depuis le décès, et les antécédents de suicide, déjà identifiés lors de la comparaison entre les sujets du groupe cible avec et sans conduite suicidaire pourront alors être approfondies en même temps.

Avant de conclure sur ces résultats, il est important de discuter des observations qu'ont permises les entrevues.

Les résultats de l'analyse qualitative

Le désir de mourir est exprimé de façon explicite par tous les sujets interrogés et réfère au poids de la tâche qui reste à accomplir en l'absence du défunt, au vide que son décès a créé, à un sentiment d'échec, à la non acceptation du décès, au désir de rejoindre le défunt ou à celui de n'être tout simplement plus là. Les tensions familiales créées par les relations brouillées avec des membres de la famille, engendrent solitude, craintes et anxiété. Les tensions créées par les difficultés de jouer seul un rôle parental apparaissent très importantes et sont souvent rendues à un point extrême, provoquant fatigue et épuisement. Lorsque des problèmes émotifs importants surgissent chez certains membres, ils ajoutent de la pression à celles déjà existantes.

Les sentiments personnels exprimés laissent apparaître des aspects de la personnalité qui aident à la compréhension de leur vécu. Tristesse, souffrance, culpabilité sont alors exprimées dans le langage du quotidien.

C'est l'absence du défunt, plutôt que le fait qu'il se soit suicidé qui est durement ressenti et qui donne lieu à l'expression de sentiments profonds. Peu d'études à notre connaissance, ont abordé le suicide sous cet angle. La souffrance est liée à l'attachement envers le défunt, à la recherche de motifs au suicide et au rôle que se

sont donnés les sujets dans l'acte du suicide (Parkes, 1965; Bowlby, 1969), mais elle est également liée à son propre désarroi et aux difficultés de l'existence en l'absence du défunt, le survivant ayant souvent le sentiment d'avoir été abandonné (Baechler, 1975; Linderman et Areer, 1977 et Wallace, 1977 cités dans McIntosh, 1987).

Le recadrage est d'un grand secours pour traverser les difficultés de la vie et prend des formes variables comme par exemple la rationalisation du geste suicidaire ou le respect du choix du défunt. Cependant, l'incapacité de recadrer rend difficile l'absence du défunt et crée de l'isolement. Quant au support social, il joue un rôle bénéfique pour traverser les difficultés post décès (Peterson, 1960, rapporté par Séguin, 1989). Il aide à diminuer la tension et la peur. Il est existant chez certains sujets. Lorsqu'absent, il est cruellement ressenti. Il freine l'expression des sentiments et empêche le retour de la vie à la normale.

Le fait de vouloir mourir est parfois contrebalancé par le désir de vivre. Pour ce faire, des buts doivent apparaître à l'esprit du survivant. Ces buts sont parfois reliés à la personne décédée parfois à ceux qui lui survivent et parfois à de nouveaux horizons ouverts au hasard de la vie.

L'analyse du contenu des cinq entrevues amène un éclairage particulier sur les facteurs reliés à la conduite suicidaire chez les survivants du suicide. Elle humanise les données statistiques qui ont été présentées au chapitre précédent, faisant apparaître des êtres humains, tous vibrants, à la place des numéros d'identification.

Par-dessus tout, elle illustre le tumulte vécu par chaque individu aux prises avec des tensions énormes qui le font souffrir de façon jugée parfois intolérable et qui, tant qu'un certain contrôle n'a pas été repris sur les éléments créant ces tensions, laisse le survivant dans un profond désarroi. Le support social, le recadrage et des raisons de vivre apparaissent explicitement parmi les conditions devant se créer dans la vie des individus pour qu'ils acceptent de continuer à vivre et leurs absences pourraient

bien faire toute la différence entre vivre et mourir.

2. Conclusion

Le fait que dans l'étude, trois fois plus de sujets ayant vécu un suicide avaient adopté une conduite suicidaire par rapport aux sujets du groupe de comparaison, a laissé apparaître que le suicide jouait un rôle important dans l'adoption d'une conduite suicidaire. Chez les survivants, les études de Cain, (1972); Rudestam, (1977) et certaines rapportées par McIntosh, (1987), laissaient entendre que le deuil était responsable de cette conduite. D'autres études également rapportées par Cain (1972) et Hauser (1987) laissaient entendre que le suicide se transmettait d'une génération à l'autre sans préciser comment. Les résultats obtenus permettent de confirmer que le suicide d'un membre de la famille joue effectivement un rôle important chez les survivants mais seulement dans certaines conditions. Il joue le rôle de tension bien sûr, mais surtout le rôle de déclencheur de tensions supplémentaires dans le sens exprimé lors des entrevues, à savoir que l'absence du décédé plutôt que son décès lui-même, déclenche des situations stressantes, qui en l'absence de réponses d'adaptation, s'accumulent et dégènèrent en situation de crise. Ce sont les tensions d'ordre familial qui sont le plus mis en évidence dans l'étude, et le modèle Double ABC-X, bien qu'il n'explique pas tout, apparaît intéressant comme modèle pour expliquer la démarche suicidaire chez les survivants du suicide.

Les conditions pour que les tensions s'accumulent sont celles où le répertoire de réponses est faible, particulièrement au niveau du support spirituel, du recadrage et de la valorisation de la passivité. Il a été démontré en effet, qu'en présence d'un répertoire de réponses développé à un niveau «normal», le stress du suicide lui-même n'a pas généré d'autres stress et a lui-même trouvé une réponse. Le rôle des stades de vie dans l'adoption ou non d'une conduite suicidaire n'a pu être déterminé à cause du petit nombre de sujets de l'étude.

Dans la présente étude, il n'est pas démontré que le suicide soit un facteur de risque plus important que d'autres. C'est plutôt l'accumulation de tensions d'ordre familial, surtout, et l'absence de réponses d'adaptation qui, combinées ensemble, constituent le facteur de risque le plus important à l'adoption de conduite suicidaire chez les survivants. Dans cette étude, les familles survivantes au suicide pourraient être trois fois plus à risque que les autres d'adopter une conduite suicidaire, parce que cette réponse fait déjà partie de leur répertoire d'adaptation, ayant déjà été mises en contact avec le suicide.

Les enjeux pour la recherche future

Cette étude entrouvre la porte à d'autres études sur le suicide. La démonstration que la conduite suicidaire chez les survivants du suicide est liée au poids élevé des tensions familiales et aux réponses d'adaptation peu nombreuses ou peu adéquates, bien qu'intéressante, mérite d'être reconfirmée avec une nouvelle étude comportant un plus grand nombre de sujets dans une région différente pour pouvoir recenser un plus grand nombre de survivants ayant adopté une conduite suicidaire.

D'autre part, il serait intéressant d'investiguer plus à fond le rôle d'un stress unique en l'occurrence le suicide d'un membre de la famille, sur les survivants qui ont adopté une conduite suicidaire et qui ont un niveau de stress « normal » et un répertoire de réponses bien développé. McCubbin (1981) a déjà signalé la possibilité qu'un répertoire de réponses même bien développé ne contienne pas la ressource appropriée pour affronter tel stresser particulier.

Enfin, cette étude entrouvre la porte à une analyse plus poussée des liens pouvant exister entre les variables "stade de vie familiale" et "conduites suicidaires".

Les enjeux pour l'intervention

La plus grande connaissance du rôle des tensions familiales et l'absence d'un répertoire de réponses approprié sur le développement de crise suicidaire devraient faciliter l'intervention des praticiens sociaux des milieux cliniques et communautaires au niveau de la prévention primaire et secondaire du suicide.

De plus, la possibilité d'utiliser les deux échelles de mesure (transformées en instruments standardisés) traduites dans cette étude facilitera une connaissance plus rapide du niveau de tension présent dans la famille et du type de réponses d'adaptation existant. Cela devrait réduire le temps de délai entre l'évaluation et l'intervention auprès d'individus ou familles aux prises avec des comportements suicidaires, qu'ils-elles soit-ent survivants-es ou non au suicide d'un proche.

D'autre part, le fait que les réactions de deuil ne soient plus les seuls facteurs importants à considérer dans le développement d'une crise suicidaire ou dans la difficulté à surmonter une crise post suicide, permet d'ouvrir de nouveaux horizons à l'intervention auprès des survivants du suicide, entre autres, d'intégrer de nouveaux thèmes soient ceux des tensions familiales et des réponses d'adaptation au stress et ce, sans négliger celui du deuil, dans les programmes d'intervention et de prévention offerts aux endeuillés du suicide via les groupes d'entraide.

Enfin, les variables tensions familiales et réponses d'adaptation mises en lumière par cette étude devraient inciter de plus en plus les travailleurs sociaux à faire face au phénomène du suicide et ne plus craindre de s'y impliquer. Les écoles de formation en intervention sociale et la profession elle-même du service social devraient sensibiliser davantage leurs membres au rôle des tensions familiales et de leur gestion dans l'adoption d'une conduite suicidaire.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS, K.S. et al (1982). "Parental Loss and Family Stability in Attempted Suicide". *Archives General Psychiatry*, 39: 1081-1085.
- ALDRIDGE D. (1984). "Suicidal Behaviour and Family Interaction: a Brief Review". *Journal of Family Therapy*, 6: 309-322.
- ALDRIDGE, D. et R. DALLOS (1986). "Distinguishing families where Suicidal Behaviour is Present from Families Where Suicidal Behaviour is Absent". *Journal of Family Therapy*, 8: 243-252.
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE SUICIDOLOGIE (1990). *La prévention du suicide au Québec vers un modèle intégré*. Mémoire présenté au ministère de la Santé et des services sociaux, 82 p.
- BAILLARGEON, Yvonne et al (1990). *Bilan de santé pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Synthèse des profils socio-démographique et socio-économique de l'environnement physique, des ressources socio-sanitaires, de la mortalité et de la morbidité hospitalière*. Rouyn-Noranda, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de la recherche et de l'évaluation, 104 p.
- BECK, R.N., J.B. MORRIS et A.T. BECK (1974). "Cross Validation of the Suicidal intent scale". *Psychological reports*, 34: 445-446.
- BOWLBY, J. (1980). *Sadness and Depression*. New York: Basic Book, III.
- BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1990). *Statistiques régionales, région administrative de l'Abitibi-Témiscamingue, principales caractéristiques de la population des MRC et de certaines municipalités*. Québec, Bureau de la Statistique du Québec, 46 p.
- CAIN, A.C. (1972a). *Survivors of Suicide*. Springfield, Il: Charles C. Thomas, 303 p.
- CAIN A.C. (1972b). "Introduction". in A.C.Cain. *Survivors of Suicide*. Springfield, Il: Charles C. Thomas: 5-33.
- CAIN, A.C. et I. FAST (1972). "Children's Disturbed Reactions to Parent Suicide: Distorsions of Guilt, Communication and Identification". in A. Cain. *Survivors of Suicide*. Springfield, Il: Charles C. Thomas: 93-111.
- CALHOUN, L.G., J.N. SELBY et C.M. GRIBBLE (1979). "Reactions to the Family of Suicide". *American Journal of Community Psychology*, 7: 571-575.
- CALHOUN, L.G., J.N. SELBY et P.B. WALTON (1986). "Suicidal Death of a Spouse: the Social Perception of the Survivor". *Omega*, 16: 283-288.

- CAMPBELL, D.T. et J.C. STANLEY (1963). *Experimental and Quasi-experimental Designs for Research*. Rand McNally College Publishing Company, Chicago, 82 p.
- CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (1992). *Rapport annuel du Pavillon de Val-d'Or 1991-92*. Rouyn-Noranda, 82 pages.
- CHARRON, M.-F. (1982). "Le suicide au Québec, analyses statistiques". Annexe 1 de l'*Avis du C.S.M.Q. sur la prévention du suicide*. Ministère des Affaires sociales, direction générale des programmes de santé. Gouvernement du Québec, 300 p.
- CHARRON, M.-F., P. BROSSEAU, F. FRÉCHETTE-DUCHESNE et R. RÉMILLARD (1984). "Bilan des connaissances sur la problématique du suicide au Québec". *Service social*, 33, 2-3: 357-397.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1982). *Avis sur la prévention du suicide*. Québec, Ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec, 47 p.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1987). *Pour un partenariat élargi*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 185 p.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX de l'Abitibi-Témiscamingue (1982). *Portrait socio-sanitaire*. Rouyn-Noranda, document non publié, 25 p.
- CORDER, B.F. et al (1974). "Parental History Family Communication and Interaction Patterns in Adolescent Suicide". *Family Therapy*, 1, 3: 285-290.
- D'AMOURS, L. (1981). *Le processus de perte chez l'endeuillé dans le cas de suicide d'un proche*. Mémoire de maîtrise en psychologie. Montréal, Université de Montréal, 120 p.
- D'AMOURS, L. et M.C. KIELY (1985). "Le processus de deuil après un suicide: essai de conceptualisation". *Revue québécoise de psychologie*, 6, 3: 105-116.
- De MANN, A.F. (1988). "Stress et suicide, stress de vie et idée de suicide chez les canadiens français". *Santé mentale au Québec*, 13, 2: 161-164.
- DEMI, A.S. (1984). "Social Adjustment of Widows After a Sudden Death: Suicide and Non-Suicide Survivors Compared". *Death Education*, 8, Suppl.: 91-111.
- DEMI, A. et M.S. MILES (1988). "Suicide Bereaved Parents. Emotional Distress and Physical Health Problems". *Death Studies*, 12, 4: 297-307.

- DEWE, P.J. et D.E. GUEST (1990). "Methods of Coping with Stress at Work: A Conceptual Analysis and Empirical Study of Measurement Issues". *Journal of organizational behavior*, 11:135-150.
- DUNN, R. et MORRISH-VIDNERS (1987). "The Psychological and Social Experience of Suicide Survivors". *Omega*, 18, 3: 175-215.
- FARBER, M. (1968). *Theory of suicide*. New York, Funk and Wagnalls, 115 p.
- FARBER, M.L. (1977). "Factors Determining the Incidence of Suicide within the Families". *Suicide and Life Threatening Behavior*, 7, 1: 3-6.
- FARBEROW, N.L., D.E. GALLAGHER, M.J. GILEWSKY et L.W. THOMPSON (1987). "An Examination of the Early Impact of Bereavement on Psychological Distress in Survivors of Suicide". *Gerontologist*, 17, 5: 592-598.
- FARBEROW, N.L. (1989). "Introduction: The History of Suicide". *The Encyclopedia of Suicide*. New-York: vii-xxvii.
- FOGLIA, B. Bell (1977). "Survivor-Victims of Suicide: Review of the Literature". in C.L. Hatton, S. McBride Hatton et A. Rink. *Suicide: Assessment and Intervention*. London, Appleton-Century-Crofts: 113-124.
- GINGRAS, M. (1988). *Effet d'un programme d'intervention de groupe avec approche féministe sur l'estime de soi, l'affirmation de soi et l'état dépressif*. Québec, Faculté des sciences sociales, École de Service social, Université Laval, 174 p.
- GOLDNEY, R.D., N.D. SPENCE, et P.F. MOFFIT (1987). "The Aftermath of Suicide: a Comparison of Those Bereaved by Suicide, Social Workers and a Community Sample". *Journal of Community Psychology*, 15, 2: 141-148.
- GRENIER, H. et R. KOURI (1988). "Le potentiel suicidaire des survivants". *Frontières*, 1, 2: 40-41.
- GRENIER, H. et J. CARON (1992). *Le phénomène du suicide en Abitibi-Témiscamingue pour la période 1986-1991: données préliminaires*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, 28 p.
- GRINNELL, R.M. Jr (1986). *Social Work Research and Evaluation*. Faculty of Social Welfare. University of Calgary, Canada. F.E. Peacock Publishers, Itasca, Illinois 60143, 532 p.

- GROUPE D'ÉTUDE NATIONAL SUR LE SUICIDE AU CANADA (1987). *Le suicide au Canada*. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 107 p.
- HANIGAN, D. (1987). *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: recension des écrits et propositions d'action*. Québec, Ministère des Services de Santé et des Services Sociaux, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux; Synthèse critique 3, Les Publications du Québec, 75 p.
- HATTON, C. et S. VALENTE (1981). "Bereavement Group for Parents who Suffered a Suicidal Loss of a Child". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11, 3: 141-150.
- HAUSER, M.J. (1987). "Special Aspects of Grief After a Suicide". in E.J. Dunne, J.L. McIntosh et K. Dunne-Maxim. *Suicide and its Aftermath: Understanding and Counseling the Survivors*. New York, Norton: 45-56.
- HENLEY, S.H.A. (1984). "Bereavement Following Suicide, a Review of the Literature". *Current Psychological Research and Reviews*, 3, 2: 53-61.
- HILL, R. & R. RODGERS (1964). "The Developmental Approach". in H.T. Christensen *Handbook of Marriage and the Family*. Chicago, Rand McNally: 171-211.
- HOLMES, T.H. et R. RAHE (1967). "The Social Readjustment Rating Scale". *Journal of Psychomatic Research*, 11: 213-218.
- KOURI, R. (1990). *Survivre au suicide d'un membre de sa famille, une recension des écrits*. Centre de recherche sur les services communautaires. Québec, Université Laval, 53 p.
- LATAACK, J.C. et S. HAVLAVIC (1992). "Coping with Role Stress: A Conceptual Evaluation Frame Work for Coping Measures". *Journal of organizational behavior*, 13: 479-508.
- L'ÉCUYER, R. (1987). "L'analyse de contenu: notion et étapes". in Deslauriers, J.P.. *Les méthodes de la recherche qualitative*. Québec, Presses de l'Université du Québec: 40-65.
- McCUBBIN, H.I., J.M. PATTERSON et WILSON (1981). "File". in *Family Inventories*. 1982-1985, St-Paul, University of Minnesota: 105-125.
- McCUBBIN, H.I., A. LARSEN et D. OLSON (1981). "F-Copes". in *Family Inventories*. 1982-1985, St-Paul, University of Minnesota: 143-149.
- McCUBBIN, H.I. et A.I. THOMPSON (1991). *Family Assessment Inventories for Research and Practice*. University of Wisconsin, Madison, 353 p.

- McINTOSH, J.L. (1987). "Survivor Family Relationships: Literature Review". in E.J. Dunne, J.L. McIntosh et K. Dunne-Maxim. *Suicide and its Aftermath: Understanding and Counseling the Survivors*. New York, Norton: 73-84.
- McINTOSH, J.L. et A. WROBLESKI (1988). "Grief Reactions Among Suicide Survivors: an Exploratory Comparison Relationships". *Death Studies*, 12, 1: 21-39.
- MAYER, R. et F. OUELLET (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville, Gaétan Morin, éditeur, 537 p.
- MORISSETTE, P. (1987). "Hypothèse sur le comportement suicidaire en tant que communication interpersonnelle". *Santé mentale au Québec*, 12, 1: 14-19.
- MOSCICKI, Eve K. (1989). "Epidemiologic Survey as Tool for Studying Suicidal Behavior: A review". *Suicide and Life Threatening Behavior*, 19, 1: 131-147.
- NADEAU, L. (1988). *L'impact des événements de vie et des facteurs de vulnérabilité sur l'alcoolisation pathologique et l'admission en traitement des femmes qui présentent des problèmes à l'alcool*. Montréal, Thèse de doctorat, document non publié. Université du Québec à Montréal, 436 p.
- NESS, D.E. et C.R. PFEFFER (1990). "Sequels of Bereavement Resulting from Suicide". *American Journal of Psychiatry*, 147, 3: 279-285.
- NYE, I. et F. BERARDO (1973). *The family: Its Structures and Interaction*. New York, McMillan, 658 p.
- OFFICE DE PLANIFICATION ET DE DÉVELOPPEMENT DU QUÉBEC (1991). *Profil statistique des régions du Québec*. Québec, Ministère du Conseil exécutif, 171 pages.
- OLSON, D.H. et H.I. McCUBBIN (1983). "Family Stress and Change". in Olson D.H. & McCubbin H.I. *Families: What makes them work*. Beverly Hill, Sage Publications Inc.: 111-134.
- PARKES, C.M. (1975). "Determinants of Outcome Following Bereavement". *Omega*, 6, 4: 303-323.
- PATTERSON, J.M. et H. MCCUBBIN (1987). "Adolescent Coping Style and Behaviors: Conceptualization and Measurement". *Journal of Adolescence*, 10: 163-186.
- PEARLIN, L.I. et C. SCHOOLER (1978). "The Structure of Coping". *Journal of Health and Social Behavior*, 19: 2-21.

- RUDESTAM, K.E. (1977). "Physical and Psychological Responses to Suicide". *The Family, Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 2: 162-170.
- RUDESTAM, K.E. (1983). "Suicide and Paradox". in J.-P. Soubrier et J. Vedrinne. *Dépression et suicide; aspects médicaux, psychologiques et socio-culturels*. Paris, Pergamon Press: 782-785.
- RUDESTAM, K.E. (1987). "Public Perceptions of Suicide Survivors". in E.J. Dunne, J.L. McIntosh et K. Dunne-Maxim. *Suicide and its Aftermath: Understanding and Counseling the Survivors*. New-York, Norton: 31-44.
- SÉGUIN, M. (1988). "Intervention auprès des endeuillés. La prévention du suicide...plus que des mots". *Actes du 2e colloque provincial de l'Association québécoise de suicidologie*. Montréal, Association québécoise de suicidologie: 9.1-9.22.
- SÉGUIN, M. (1989). *Le deuil après un suicide: l'effet des mécanismes d'adaptation*. Montréal, Suicide-Action Montréal inc., 211 p.
- SHACKLETON, C.H. (1984). "The Psychology of Grief: a Review". *Advances in Behavioural Research and Therapy*, 6: 153-205.
- SHESKIN, A. et S.E. WALLACE (1976). "Differing Bereavements: Suicide, Natural and Accidental Death". *Omega*, 7, 3: 229-242.
- SHNEIDMAN, E.S. (1972). "Foreword". in A.C. Cain. *Survivors of Suicide*. Springfield, Il: Charles C. Thomas: ix-xi.
- SHNEIDMAN, E.S. (1988). "Overview: A Multidimensional Approach to Suicide". in Douglas J. et H. N. Brown. *Suicide: Understanding and Responding*. International Universities Press Inc., Madison, Connecticut: 1-31.
- SOLOMON, M.I. (1983). "The Bereaved and the Stigma of Suicide". *Omega*, 13, 4: 377-387.
- SPSS (1991). *SPSS for the McIntosh Advanced Statistics User's Guide*. Michigan, Illinois, 158 p.
- STATISTIQUES CANADA (1992). *Divisions de recensement et subdivisions de recensement*. Ottawa: Approvisionnement et Services Canada. Recensement du Canada de 1991. Numéro 93-304 au catalogue: 30-60.
- TOUSIGNANT, M. et al (1988). "Structure familiale, relation parents-enfants, et conduites suicidaires à l'école secondaire". *Santé mentale*, XIII, 2: 79-93.

- UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (1986). *Plan triennal 1986-89*. Rouyn-Noranda, document non publié, 215 p.
- VAN der WAL, J. (1989). "The Aftermath of Suicide: a Review of the Empirical Evidence". *Omega*, 20, 2: 149-171.
- WALLACE, S.E. (1977). "On the Atypicality of Suicide Bereavement". in Bruce Danto et Austin, H. Kutsher. *Suicide and Bereavement*. New York, Arno Press: 44-45.
- WHITIS, P.R. (1972). "The Legacy of a Child's Suicide". in A.C. Cain. *Survivors of Suicide*. Springfield, Il: Charles C. Thomas: 155-166.
- WILMOTTE, J., J.M. BASTYNS, G. DEMARET et M. DUVIVIER (1986). *Le suicide, psychotérapies et conduites suicidaires*. Bruxelles, Pierre Mardaga, 307 p.
- WRIGHT, L.S. (1985). "Suicidal Thoughts and their Relationship to Family Stress and Personal Problems among High School Seniors and College Undergraduate". *Adolescence*, 20, 79: 575-580.
- ZIMMERMAN, M. (1983). "Methodological Issues in the Assessment of Life Events: a Review of Issues and Research". *Clinical Psychology Review*, 3: 339-370.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE

A	Règles d'éthique	210
B	Fiche d'investigation du Coroner	214
C	Lettre du Bureau du Coroner du Québec aux répondants de l'étude	215
D	Lettres expédiées aux répondants des groupes cible et de comparaison ..	216
E	Questionnaire	218
F	Questions correspondant aux dimensions de l'échelle F-Copes	239
G	Formulaire de consentement	240
H	Autorisation des auteurs à la traduction des questionnaires	241

ANNEXE A

CONDITIONS DE CONSULTATION
DES ARCHIVES DES CORONERS
(LOI SUR LA RECHERCHE DES CAUSES ET DES
CIRCONSTANCES DES DÉCES - ARTICLE 31)

Le coroner en chef autorise, par la présente, Monsieur Hughes Grenier, à prendre connaissance des documents qui ne sont pas publics et qui constituent les archives du coroner, dans le cadre d'une étude menée par le Département des sciences sociales de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

L'autorisation nécessaire pour la consultation du rapport de l'agent de la paix n'a pas été donnée par le Solliciteur général. En conséquence, les rapports ne peuvent pas être consultés.

Les conditions suivantes s'appliquent lors de la consultation des archives du coroner:

1. Seuls les renseignements pertinents à l'objet de la recherche peuvent être recueillis et doivent l'être conformément à la méthodologie exposée par le projet de recherche dont copie est jointe à l'annexe I.
2. Aucun renseignement nominatif, sauf à l'égard de la personne décédée, ne peut être recueilli.
3. Aucune copie d'un document annexé au rapport du coroner ne peut être prise.

5. Les personnes désignées doivent signer le protocole de confidentialité, prévu à l'annexe III.
6. Les renseignements recueillis ne doivent être utilisés que pour la recherche faisant l'objet de la présente autorisation.
7. Les résultats de l'étude doivent être fournis au Coroner en chef.

Le Département de sciences sociales de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue désigne Huques Grenier. responsable d'assurer le respect des présentes conditions lors de la consultation des archives des coroners.

La présente autorisation reste en vigueur pour la période nécessaire pour compléter la consultation



Le Département des sciences sociales de l'Université du Québec ici dûment représenté par

Yvette Roudeau 1992/07/02.
accepte des conditions imposées par la présente et s'engage à les faire respecter

DÉPARTEMENT DES SCIENCES
SOCIALES & SANTÉ

Autorisation donnée

Le Coroner en chef

Dr Jean Grenier

Signé à Sainte-Foy, le

DEMANDE DE STATISTIQUES, DE DONNEES
OU DE DOCUMENTS A DES FINS DE
RECHERCHE INTERNE OU EXTERNE
OU A LA SUITE D'ENTENTES

M. HUGUES GRENIER

NO: 92-42F

NOTE D'EVOLUTION DE LA DEMANDE OU DE LA RECHERCHE:

RENCONTRE, LE 92-06-30, ENTRE LE DR PAUL DIONNE, M.D., CORONER EN CHEF ADJOIN AUX INVESTIGATIONS; ME PIERRE MORIN, CORONER EN CHEF ADJOIN AUX ENQUETES PUBLIQUES ET LE DR JEAN-MARC FREDETTE, M.D. RESPONSABLE DE L'ANALYSE ET DE LA STATISITQUE ET RESPONSABLE AUPRES DU DR JEAN GRENIER, M.D., CORONER EN CHEF, DE L'ACCES PAR LES CHERCHEURS AUX DOCUMENTS CONFIDENTIELS DES RAPPORTS DES CORONERS.

LE CONTACT AVEC LES FAMILLES DEVRAIT SE REALISER DE LA FACON SUIVANTE:

1- UN PREMIER CONTACT PAR UNE LETTRE SIGNEE PAR LE DR DIONNE. CETTE LETTRE PEUT ETRE PREPAREE PAR LE CHERCHEUR;

2- UN DEUXIEME CONTACT DE SUIVI PAR LE TELEPHONE. LE TEXTE D'INTRODUCTION DE LA TELEPHONISTE AUPRES DES FAMILLES DEVANT ETRE CONNU DU BUREAU DU CORONER, MEME SI C'EST LE CHERCHEUR QUI LE PREPARE.

IL EST ENTENDU QUE DANS L'ETAT ACTUEL DE SON BUDGET, LE BUREAU DU CORONER NE PEUT DEFRAYER AUCUN COUT RELIE A LA PRESENTE RECHERCHE. LES FRAIS TOTAUX DE LA CORRESPONDANCE AVEC LES FAMILLES DOIVENT ETRE ABSORBES PAR LE CHERCHEUR. IL EN EST DE MEME DES SERVICES DE CONTACTS TELEPHONIQUES.

LE PRINCIPE DE LA PARTICIPATION A UNE ETUDE PROSPECTIVE SUR LE SUICIDE PAR UN CENTRE REGIONAL PERMANENT D'ETUDES SUR LE SUICIDE EST AGREABLE AU BUREAU DU CORONER. LA ENCORE, IL FAUT PREVOIR QUE LE BUREAU DU CORONER NE PEUT CONTRIBUER A LA REMUNERATION DES CORONERS QUI SERAIENT MOBILISES PAR LE PROJET.

DIVERS:

LORS D'UNE CONVERSATION TELEPHONIQUE TENUE CE JOUR AVEC M. HUGUES GRENIER, LE CONTENU CI-HAUT A ETE ELABORE A SON INTENTION POUR AINSI DIRE TEXTUELLEMENT.

IL EST AUSSI ENTENDU AVEC LUI QU'AU COURS DU MOIS D'AOUT, IL VIENDRA PROCEDER A UNE RECHERCHE DANS CERTAINS DOSSIERS. IL AVISERA AUPARAVANT DES DOSSIERS DONT IL AURA BESOIN AFIN QUE NOUS PUISSIONS LES LUI RENDRE DISPONIBLES.

PAR: JMF, LE 92-06-30

D342

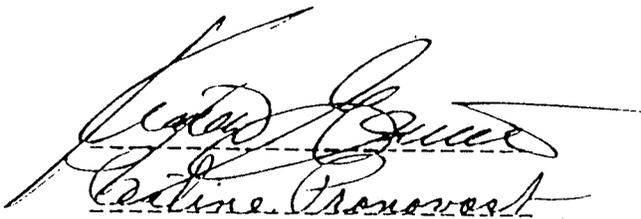
CONDITIONS DE CONSULTATION
DES ARCHIVES DES CORONERS
(LOI SUR LA RECHERCHE DES CAUSES ET DES
CIRCONSTANCES DES DÉCÈS - art. 31)

Annexe III

Protocole de confidentialité

Je m'engage, par la présente, à garder confidentiel tout renseignement indiqué dans un rapport d'investigation ou d'enquête du coroner ou des documents annexés qui révèle le nom ou l'adresse ou qui permet d'identifier une personne âgée de moins de 18 ans impliquée dans les circonstances du décès d'une personne.

Je m'engage aussi à garder confidentiel tout renseignement nominal, non indiqué dans un rapport d'investigation ou d'enquête du coroner, mais venant à ma connaissance lors de la consultation des documents annexés à ce rapport.


Celine Pronovost

Signé à

Uel d'Or

le 3 juillet 1992



RAPPORT D'INVESTIGATION DU CORONER
Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

IDENTITÉ							
SUITE À UN AVIS DU: ANNEE MOIS JOUR ART					NUMÉRO DE L'AVIS		
Prénom à la naissance			Nom à la naissance			Date de naissance	
Sexe M MASCULIN F FÉMININ I INDÉTERMINÉ			N d'assurance maladie		N d'assurance sociale	Nom du conjoint	
Adresse du domicile du défunt N° CIVIQUE NOM DE LA RUE				Nom de la municipalité			
Comté			Province		Pays	Code postal	
Prénom de la mère		Nom de la mère à la naissance		Prénom du père		Nom du père	
LIEU DU DÉCÈS							
N° civique		Nom de la rue		NOM DU LIEU: (ÉTABLISSEMENT)		Comté	Code d'établis.
DATE DU DÉCÈS				HEURE DU DÉCÈS			
DÉTERMINÉE INDÉTERMINÉE ANNEE MOIS JOUR				DÉTERMINÉE PRÉSUMÉE INDÉTERMINÉE HRS MIN			

ANNEXE B

IDENTIFICATION DU CORONER		
Prénom du coroner		Numéro du coroner
Nom du coroner		
Mention de mineurs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Je soussigné, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, causes, circonstances décrits ci-haut ont été établis au meilleur de ma connaissance et ce, suite à mon investigation, en foi de quoi	
J'AI SIGNÉ À:	CE ANNEE MOIS JOUR SIGNATURE _____	



ANNEXE C

Madame, Monsieur,

Le Bureau du coroner désire vous informer que, dans votre région, Monsieur Hugues Grenier, professeur-chercheur à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), entreprend une recherche sur le suicide. Il s'intéresse particulièrement aux proches parents d'une personne qui s'est suicidée.

Naturellement, le Bureau du coroner soutient cette recherche. Elle pourrait permettre un jour de proposer des mesures d'aide aux familles qui, comme la vôtre, ont eu à passer à travers une période aussi stressante.

Le professeur Grenier prendra bientôt contact avec vous par lettre ou par téléphone pour vous expliquer sa démarche et en quoi pourrait consister votre participation.

Bien entendu, sentez-vous libre de collaborer ou non à un tel projet de recherche entrepris dans le seul but de faire avancer les connaissances sur le phénomène du suicide et sur les risques qu'un tel événement fait courir aux groupes de survivants. À n'importe quel moment il vous sera possible de vous en retirer.

Dr Paul G. Dionne, m.d.
Coroner en chef adjoint



Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue

1265, 7e Rue
Val d'Or (Québec)
J9P 3R9
Téléphone: (819) 825-6776

ANNEXE D

Val-d'Or, le 9 septembre 1992

A chaque participant(e),

Vous avez pris connaissance de la lettre du Bureau du Coroner vous informant de la recherche que j'entreprends sur le suicide dans notre région et sur l'impact que peut avoir un tel événement sur les proches parents.

Je suis conscient de la délicatesse de la démarche que je fais auprès de vous et de votre famille mais je crois qu'il est très important de mieux comprendre quel est l'impact du suicide sur les proches parents, et vous seul(e) pouvez m'aider à atteindre ce but.

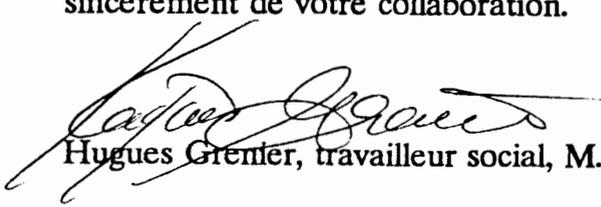
Je suis professeur à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et ce questionnaire fait partie d'une recherche que je mène dans le cadre d'un programme d'étude doctorale en Service social à l'Université Laval.

Votre collaboration est indispensable pour me permettre de recueillir toutes les informations requises pour mener à bien cette recherche qui s'étendra sur une période d'un an. Toutes vos réponses sont importantes. Mais bien entendu, sentez-vous libre de collaborer ou non à cette recherche.

Je tiens à vous assurer cependant, que toutes les informations recueillies demeureront strictement confidentielles et que l'anonymat sera assuré dans la présentation des réponses. Chaque questionnaire porte un numéro d'identification pour fin de rappel téléphonique. Par la suite, cette liste qui pourrait permettre l'identification de la personne ayant répondu au questionnaire, **sera détruite**. Seules, les personnes ayant accepté d'être rencontrées (voir question 36) seront identifiées à cette fin.

Afin de vous dédommager pour le temps que vous prendrez à compléter le questionnaire, je vous retournerai par la poste, un montant de 10 \$ aussitôt que vous m'aurez fait parvenir par retour du courrier, votre questionnaire dûment rempli.

Je vous présente maintenant le questionnaire à compléter en vous demandant de vous référer aux instructions particulières pour chacune des parties et je vous remercie bien sincèrement de votre collaboration.


Hugues Grenier, travailleur social, M.S.S.

Val-d'Or, le 17 novembre 1992

A chaque participant(e),

Je vous remercie beaucoup de la collaboration que vous m'avez apportée en complétant le questionnaire que je vous ai fait parvenir en octobre dernier.

Sans votre précieuse collaboration, il m'aurait été impossible de continuer la recherche que j'ai entreprise dans le cadre de mes études doctorales à l'Université Laval.

Tel que je vous l'avais indiqué dans ma lettre de présentation, je vous envoie avec la présente, un montant de 10 \$ en argent, en guise de remerciement tangible.

Si vous désirez connaître les résultats de ma recherche, il me fera plaisir de vous en communiquer un résumé écrit dès que je l'aurai terminé, soit vers le mois d'octobre prochain, si vous voulez bien m'en aviser, soit par téléphone, soit par courrier en me retournant le formulaire ci-joint.

Je vous remercie encore une fois de votre collaboration.

Hugues Grenier, travailleur social, M.S.S.

Note: Les personnes qui ont accepté de me rencontrer seront contactées à nouveau au début de décembre.

QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire comprend cinq (5) parties. Cette première partie est construite pour recueillir des informations d'ordre général devant nous permettre d'établir un portrait d'ensemble des participants à l'étude. Dans cette partie, de même que dans toutes les autres parties également, vous devez, règle générale et à moins d'avis contraire, encrer le chiffre qui correspond à votre réponse.

Exemple: Etes-vous de sexe

masculin

1

féminin

②

Note: Il est important de répondre à toutes les questions

Numéro du questionnaire _____

1. Code d'identification _____

2. Quel est votre âge? (précisez) _____

3. Etes-vous de sexe:

- masculin

1

- féminin

2

4. Avez-vous des enfants?

- oui

1

- non

2

Si oui, combien? (précisez) _____

Combien vivent avec vous? (précisez) _____

5. Dans quelle ville ou village habitez-vous?

(précisez) _____

(Réservé à la
codification)

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

--	--

--	--

--	--	--

--	--

--	--	--	--	--

(Réservé à la
codification)

6. Depuis combien d'années habitez-vous l'Abitibi-Témiscamingue? ¹ (précisez) _____
7. Si vous n'êtes pas né(e) dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, de quelle région êtes-vous originaire? (Précisez) _____
8. Combien de fois avez-vous changé de localité au cours des dix (10) dernières années? (Précisez) _____
9. Quel est votre statut civil? ²
(encerclez le chiffre correspondant)
- | | | |
|-----------------|---|--------------------------|
| - célibataire | 1 | |
| - marié(e) | 2 | |
| - séparé(e) | 3 | <input type="checkbox"/> |
| - divorcé(e) | 4 | |
| - veuf(ve) | 5 | |
| - religieux(se) | 6 | |
10. Quelle scolarité avez-vous complété?
- | | | |
|-----------------|---|--------------------------|
| - aucune | 1 | |
| - primaire | 2 | |
| - secondaire | 3 | <input type="checkbox"/> |
| - collégiale | 4 | |
| - universitaire | 5 | |

¹ Si vous avez quitté l'Abitibi-Témiscamingue pendant un certain temps puis êtes revenu(e) y vivre, additionnez les années correspondantes au nombre total d'années passées en Abitibi-Témiscamingue. Exemple:

1940-1960	: Abitibi: 20 ans
1960-1965	: Extérieur de l'Abitibi-Témiscamingue: 5 ans
1965-1992	: Abitibi: 27 ans
Total en A.-T.	: 47 ans

² Les personnes vivant en union libre sont considérées pour les fins de ce questionnaire comme étant mariées donc comme étant des conjoints

(Réservé à la
codification)**11. Avez-vous un travail rémunéré présentement?**

- oui 1
- non 2

Si oui, répondez aux questions 12 et 13. Si non, allez
aux questions 14 et 15

12. Quelle est votre occupation?

(Précisez) _____

13. Quel est votre revenu individuel annuel brut (avant impôt)?

(Précisez) _____

**14. Si vous n'avez pas de travail rémunéré présentement, quelles
sont les sources de revenus de votre famille?**

- revenu du (de la) conjoint(e)
 - oui 1
 - non 2
- aide sociale
 - oui 1
 - non 2
- assurance-chômage
 - oui 1
 - non 2
- Régie des rentes du Québec
 - oui 1
 - non 2
- Régie Assurance automobile Québec
 - oui 1
 - non 2
- Sécurité de la vieillesse
 - oui 1
 - non 2
- autre (précisez) _____

(Réservé à la
codification)

15. Quel est votre revenu total individuel annuel brut (avant impôt) en provenance de l'une ou l'autre des sources identifiées précédemment à la question 14? _____

┌

16. Quel type de logement habitez-vous?

- chambre 1
- appartement meublé 2
- appartement non meublé 3
- maison unifamiliale 4
- famille d'accueil 5
- centre d'accueil 6
- autres (précisez) _____ 7

┌

Cette deuxième partie concerne le décès tragique (par suicide) d'un membre de votre famille immédiate, c'est-à-dire celle composée de votre conjoint(e) et de vos enfants (ou des enfants de votre conjoint(e)). Même s'il est difficile d'aborder cette question, il est important d'obtenir toute les réponses.

		(Réservé à la codification)
17.	Au moment du décès, quel âge avait-il? (Précisez) _____	
18.	Etait-il de sexe	
-	masculin 1	
-	féminin 2	
19.	Quel était son statut civil?	
-	célibataire 1	
-	marié(e) 2	
-	union libre 3	
-	séparé(e) 4	
-	divorcé(e) 5	
-	veuf(ve) 6	
-	religieux(se) 7	
20.	Était-il votre	
-	fil 1	
-	fille 2	
-	conjoint 3	
-	conjointe 4	
-	autres (précisez) _____ 5	
21.	S'il était votre fils (filles), quel rang occupait-il dans la famille? (Le plus vieux (vieille) est au rang 1)	
-	Rang 1 1	
-	Rang 2 2	
-	Rang 3 3	
-	Rang 4 4	
-	Rang 5 5	
-	Rang 6 6	
-	Rang 7 7	
-	Rang 8 8	
-	Rang 9 9	
-	Rang 10 10	
-	Rang 11 11	
-	Rang 12 12	

(Réservé à la
codification)

22. Combien d'années se sont écoulées depuis son décès?

(Précisez) _____

23. Au moment du décès:

a) Quel était votre statut civil?

- célibataire 1
- marié(e) 2
- séparé(e) 3
- divorcé(e) 4
- veuf(ve) 5
- religieux(se) 6

b) Aviez-vous des enfants qui demeuraient avec vous?

- oui 1
- non 2

Si oui, combien?(précisez) _____

24. Dans les jours ou les semaines qui ont précédé le décès,
était-il (elle) suivi(e):

- en clinique de santé mentale
 - oui 1
 - non 2
 - ne sais pas 3
- en médecine générale
 - oui 1
 - non 2
 - ne sais pas 3
- en CLSC
 - oui 1
 - non 2
 - ne sais pas 3
- autre (précisez) _____

(Réservé à la
codification)

25. A votre connaissance, un membre de votre famille d'origine (c'est-à-dire celle composée de votre père, mère, frère soeur) ou celle de votre conjoint s'est-il déjà enlevé la vie?

- famille d'origine

- oui 1
- non 2

- famille de mon conjoint(e)

- oui 1
- non 2

26 a) Si oui - Famille d'origine

a.1 - il y a combien d'années (précisez) _____

a.2 - quel était son lien de parenté avec vous ?

- père 1
- mère 2
- frère 3
- soeur 4
- autres (précisez) _____ 5

a.3 - quel âge avait-il? (précisez) _____

a.4 - était-il

- célibataire 1
- marié(e) 2
- séparé(e) 3
- divorcé(e) 4
- veuf(ve) 5
- religieux(se) 6

26 b) Si oui - Famille de mon conjoint(e)

b.1 - il y a combien d'années (précisez) _____

Cette troisième partie concerne la vie de votre famille aujourd'hui et au cours des douze (12) derniers mois particulièrement. Certains événements peuvent s'être produits il y a plus de douze (12) mois. Ne tenez compte que de ceux s'étant produits au cours de la dernière année, c'est-à-dire depuis le mois de septembre 1991. Nous vous demandons de répondre à toutes les questions par OUI ou par NON. Le terme famille comprend, à moins d'indication contraire, la famille immédiate, c'est-à-dire les personnes qui vivent avec vous (Exemple, les enfants, le conjoint(e)) et avec qui vous vous êtes engagés depuis un certain temps (exemple: conjoint de fait).

Cette partie du questionnaire est en fait un ensemble d'énoncés brefs auxquels nous vous demandons de répondre par OUI si l'énoncé correspond à des événements ou à des changements qui se sont produits au cours des 12 derniers mois dans votre famille immédiate, et par NON si cela ne s'est pas produit ou si cela ne s'applique pas.

Nous vous demandons de répondre à toutes les questions.

1 = OUI

2 = NON OU NE S'APPLIQUE PAS

27. Indiquez si les événements ou changements suivants se sont produits dans la famille au cours des 12 derniers mois en encerclant le 1 si c'est OUI et le 2 si c'est NON ou si cela NE S'APPLIQUE PAS.

27 a) TENSIONS DANS LA FAMILLE

	OUI	NON	(Réservé à la codification)
- absences plus fréquentes du (de la) conjoint(e)	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille semble avoir des problèmes émotionnels	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille semble être dépendant de l'alcool et/ou de la drogue	1	2	<input type="checkbox"/>
- aggravation des conflits entre conjoint et conjointe	1	2	<input type="checkbox"/>
- augmentation des disputes entre le(s) parent(s) et les enfants	1	2	<input type="checkbox"/>
- plus grande difficulté à s'occuper des adolescent(e)s (12-18 ans)	1	2	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	(Réservé à la codification)
- plus grande difficulté à s'occuper des enfants d'âge scolaire (6-12 ans)	1	2	<input type="checkbox"/>
- plus grande difficulté à s'occuper des enfants d'âge pré-scolaire (2½ à 6 ans)	1	2	<input type="checkbox"/>
- plus grande difficulté à s'occuper des petits (1 à 2½ ans)	1	2	<input type="checkbox"/>
- plus grande difficulté à s'occuper des bébés (0-1 an)	1	2	<input type="checkbox"/>
- augmentation des activités des adolescents en dehors de la famille	1	2	<input type="checkbox"/>
- désaccord plus important au sujet des amis ou des activités d'un membre de la famille	1	2	<input type="checkbox"/>
- augmentation des problèmes et controverses non résolus	1	2	<input type="checkbox"/>
- augmentation des tâches non-menées à terme	1	2	<input type="checkbox"/>
- augmentation des conflits avec la belle-famille et la parenté	1	2	<input type="checkbox"/>

27 b) TENSIONS AU NIVEAU CONJUGAL

- le (la) conjoint(e) a divorcé ou s'est séparé(e)	1	2	<input type="checkbox"/>
- le (la) conjoint(e) a eu une aventure extra conjugale	1	2	<input type="checkbox"/>
- difficulté plus grande à régler les litiges avec l'ex-conjoint(e)	1	2	<input type="checkbox"/>
- difficultés grandissantes au niveau sexuel entre les conjoints	1	2	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	(Réservé à la codification)
27 c) TENSIONS DUES A LA GROSSESSE ET A LA NAISSANCE			
- la conjointe a une grossesse non-désirée ou difficile	1	2	<input type="checkbox"/>
- une membre (non mariée) de la famille est devenue enceinte	1	2	<input type="checkbox"/>
- une membre de la famille a subi un avortement	1	2	<input type="checkbox"/>
- une membre de la famille a donné naissance ou a adopté un enfant	1	2	<input type="checkbox"/>
27 d) TENSIONS FINANCIERES ET COMMERCIALES			
- la famille ou un de ses membres a fait/ou a refi- nancé un emprunt à cause d'une augmentation de dépenses	1	2	<input type="checkbox"/>
- la famille ou un de ses membres s'est inscrit au bien-être social	1	2	<input type="checkbox"/>
- un changement dans les conditions économiques, politiques ou climatiques affecte les affaires de la famille	1	2	<input type="checkbox"/>
- un changement dans le Marché agricole, à la Bourse ou dans les Valeurs Immobilières affecte les inves- tissements et/ou les revenus de la famille	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille a débuté un nouveau commerce	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille a acheté ou construit une maison	1	2	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	(Réservé à la codification)
- un membre de la famille a acheté une auto ou a fait un autre achat majeur	1	2	<input type="checkbox"/>
- la famille ou un de ses membres s'est endetté parce qu'il (elle) a sur-utilisé ses cartes de crédit	1	2	<input type="checkbox"/>
- le budget familial s'est alourdi à cause des soins médicaux et dentaires	1	2	<input type="checkbox"/>
- le budget s'est alourdi par des achats en vêtements nourriture, énergie et entretien de la maison	1	2	<input type="checkbox"/>
- le budget s'est alourdi à cause des études des enfants	1	2	<input type="checkbox"/>
- il y a eu retard du paiement de la pension alimentaire et celle des enfants	1	2	<input type="checkbox"/>

**27 e) TENSIONS ET TRANSITION RELIÉES AU TRAVAIL
ET A LA FAMILLE**

- un membre de la famille a changé de travail ou a entrepris une nouvelle carrière	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille a perdu ou quitté son emploi	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille a pris sa retraite	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille a commencé à travailler ou est retourné au travail	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille a cessé de travailler pour une longue période(mise à pied, congé sans solde, grève)	1	2	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	(Réservé à la codification)
- diminution de la satisfaction au travail ou dans sa carrière	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille a éprouvé davantage de difficultés avec ses collègues de travail	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre a reçu une promotion ou doit endosser plus de responsabilités	1	2	<input type="checkbox"/>
- la famille a aménagé dans un nouvel appartement ou une nouvelle maison	1	2	<input type="checkbox"/>
- un enfant ou adolescent a changé d'école	1	2	<input type="checkbox"/>
27 f) TENSIONS LIÉES AUX MALADIES ET AUX SOINS A DONNER A LA FAMILLE			
- le (la) conjoint(e) est devenu(e) gravement malade ou blessé(e)	1	2	<input type="checkbox"/>
- un enfant est tombé gravement malade ou blessé	1	2	<input type="checkbox"/>
- un ami ou un parent proche de la famille est tombé gravement malade	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille est devenu handicapé physiquement ou malade chronique	1	2	<input type="checkbox"/>
- accroissement des difficultés à s'occuper d'un membre de la famille devenu malade chronique ou invalide	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille ou un parent proche a été placé en institution ou en maison de santé (nursing home)	1	2	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	(Réservé à la codification)
- responsabilités accrues pour aider la belle-famille (en soins ou en argent)	1	2	<input type="checkbox"/>
- difficulté à faire des arrangements satisfaisants pour garder les enfants	1	2	<input type="checkbox"/>
27 g) PERTES			
- le (la) conjoint(e) est mort(e)	1	2	<input type="checkbox"/>
- un enfant de la famille est mort	1	2	<input type="checkbox"/>
- un parent du conjoint ou de la conjointe ou d'un proche parent est mort	1	2	<input type="checkbox"/>
- un ami proche de la famille est décédé	1	2	<input type="checkbox"/>
- un fils ou une fille est divorcé(e) ou séparé(e)	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille a rompu une relation avec un ami proche	1	2	<input type="checkbox"/>
27 h) TRANSITIONS DES ARRIVÉES / DÉPARTS			
- un membre de la famille s'est marié	1	2	<input type="checkbox"/>
- un jeune adulte a quitté le domicile familial	1	2	<input type="checkbox"/>
- un jeune adulte a débuté le collège (ou des études plus poussées)	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille est revenu à la maison ou une personne nouvelle est venue s'y installer	1	2	<input type="checkbox"/>
- le (la) conjoint(e) a commencé l'école (ou un programme de formation) longtemps après avoir quitté l'école	1	2	<input type="checkbox"/>

OUI NON

(Réservé à la
codification)**27 i) VIOLATIONS DE LA LOI DANS LA FAMILLE**

- un membre de la famille a été en prison ou en détention juvénile	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille a été arrêté par la police ou détenu par la police	1	2	<input type="checkbox"/>
- il y a eu abus physique ou sexuel ou de la violence à la maison	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille a fugué du domicile	1	2	<input type="checkbox"/>
- un membre de la famille a quitté ou a été suspendu de l'école	1	2	<input type="checkbox"/>

Cette quatrième partie concerne les attitudes et les comportements développés par les familles en réponse à des difficultés familiales et à des situations problématiques. Encore ici, il est important de répondre à toutes les questions.

28. En premier lieu, lisez attentivement chacun des choix de réponse. Ensuite, évaluez jusqu'à quel point chacun des énoncés décrit les attitudes et les comportements communs à tous les membres de votre famille (y compris vous-même) face à des difficultés et à des problèmes qui surviennent dans votre famille, en encerclant votre choix de réponse.

Tout à fait en désaccord	En désaccord	Ni en accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4	5

Quel est votre degré d'accord ou désaccord avec les énoncés suivants?

(Réservé à la codification)

- | | | | |
|---|--|-----------|--------------------------|
| - | Nous partageons nos difficultés avec des parents | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> |
| - | Nous demandons du support et de l'encouragement à nos amis | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> |
| - | Nous sommes conscients que nous avons le pouvoir de résoudre des problèmes majeurs | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> |
| - | Nous recherchons de l'information et des conseils auprès de personnes qui ont connu des problèmes semblables dans leur famille | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> |
| - | Nous demandons conseil à notre parenté (par exemple grands-parents, beaux-parents, belle-soeur, etc...) | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> |
| - | Nous demandons assistance à des agences et à des programmes communautaires destinés à aider les familles dans notre situation | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> |
| - | Nous savons que nous possédons au sein de notre propre famille la force nécessaire pour résoudre nos problèmes | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> |

Tout à fait en désaccord	En désaccord	Ni en accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4	5

(Réservé à la codification)

- Nous acceptons des services et des cadeaux de nos voisins (ex.: nourriture, ramassage du courrier, etc.) 1 2 3 4 5
- Nous demandons conseils et informations à notre médecin de famille 1 2 3 4 5
- Nous demandons à nos voisins de nous rendre des services et de nous prêter assistance 1 2 3 4 5
- Nous attaquons nos problèmes de front pour tenter de les résoudre sur le champ 1 2 3 4 5
- Nous regardons la télévision 1 2 3 4 5
- Nous montrons que nous sommes forts 1 2 3 4 5
- Nous assistons aux cérémonies religieuses 1 2 3 4 5
- Nous acceptons les événements stressants comme faisant partie de la vie courante 1 2 3 4 5
- Nous partageons nos préoccupations avec des amis intimes 1 2 3 4 5
- Nous sommes convaincus que la chance joue un grand rôle dans notre capacité à résoudre les problèmes familiaux 1 2 3 4 5
- Nous faisons de l'exercice physique avec des amis pour rester en forme et réduire la tension nerveuse 1 2 3 4 5
- Nous acceptons le fait que les difficultés se présentent sans avertissement 1 2 3 4 5

Tout à fait en désaccord	En désaccord	Ni en accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4	5

(Réservé à la codification)

- Nous faisons des choses avec des parents (rencontres, repas, etc...) 1 2 3 4 5
- Nous demandons conseil à un professionnel et de l'aide pour les familles en difficulté 1 2 3 4 5
- Nous croyons que nous pouvons nous en sortir par nous-mêmes 1 2 3 4 5
- Nous participons aux activités religieuses 1 2 3 4 5
- Nous redéfinissons le problème familial d'une façon plus positive pour éviter de sombrer dans le découragement 1 2 3 4 5
- Nous demandons à nos parents comment ils ressentent le problème que nous vivons 1 2 3 4 5
- Nous avons l'impression que nous aurons de la difficulté à résoudre nos problèmes, quelle que soit la façon dont nous tentons de nous y préparer 1 2 3 4 5
- Nous recherchons des conseils auprès d'un ministre du culte 1 2 3 4 5
- Nous croyons que si nous attendons assez longtemps, le problème se résoudra tout seul 1 2 3 4 5
- Nous partageons nos problèmes avec nos voisins 1 2 3 4 5
- Nous avons foi en Dieu 1 2 3 4 5

Cette cinquième partie concerne les conduites suicidaires que vous auriez pu observer dans votre famille depuis les 12 derniers mois. Même si cette partie est difficile et délicate à aborder, nous vous demandons d'y répondre car il est important d'obtenir toutes les informations.

On observe trois types de conduites suicidaires: 1. les idées suicidaires, c'est-à-dire les comportements qui peuvent être observés directement et dont on est justifié de croire à une intention possible de suicide (par exemple, distribuer tous ses biens à son entourage, ou encore exprimer son désir de mourir ouvertement ou à mots couverts). 2. les tentatives de suicide, c'est-à-dire les comportements d'une personne qui a mis sa vie en danger avec l'intention réelle ou simulée de causer sa propre mort, mais dont l'acte suicidaire a abouti à un échec, voulu ou involontaire (par exemple, prendre tous les médicaments prescrits à la fois, ou se tailler les poignets) 3. les suicides complétés, c'est-à-dire qu'un acte délibéré menaçant la vie a été accompli par un personne contre elle-même, et a effectivement causé la mort.

29. Depuis les 12 derniers mois, avez-vous observé chez un membre de votre famille (y compris vous-même) une conduite suicidaire?

(Réservé à la
codification)

- oui 1
- non 2

Si vous avez répondu non à la question 29, passez les questions 30 à 35 et allez à la question 36 et suivantes.

30. De quel type de conduite s'agit-il?

- idées suicidaires 1
- idées suicidaires et tentatives de suicide 2
- tentative de suicide 3
- suicide complété 4

31. Quel âge a-t-il? (précisez) _____

32. Est-il de sexe

- masculin 1
- féminin 2

(Réservé à la
codification)**33. Quel est son statut civil?**

- célibataire 1
- marié(e) 2
- séparé(e) 3
- divorcé(e) 4
- veuf(ve) 5
- religieux(se) 6

34. Est-il votre

- fils 1
- fille 2
- conjoint 3
- conjointe 4
- autre (précisez) _____ 5

35. S'il est votre fils (fille), quel rang occupe-t-il dans la famille? (Le plus vieux est au rang 1)

- Rang 1 1
- Rang 2 2
- Rang 3 3
- Rang 4 4
- Rang 5 5
- Rang 6 6
- Rang 7 7
- Rang 8 8
- Rang 9 9
- Rang 10 10
- Rang 11 11
- Rang 12 12

36. La question 36 s'adresse à tous. Elle nécessite avant d'être posée le préambule suivant: comme cette étude cherche à comprendre les stress qui sont vécus par les survivants au suicide d'un proche et les risques possibles qu'un tel événement fait courir au groupe de survivants, une rencontre avec vous nous permettrait d'approfondir nos connaissances sur certaines questions.

Afin de nous aider à mieux comprendre le phénomène du suicide, accepteriez-vous d'être rencontré(e) si nous le jugions à propos?

(Réservé à la codification)

- | | | | |
|---|-----|---|--------------------------|
| - | oui | 1 | <input type="checkbox"/> |
| - | non | 2 | <input type="checkbox"/> |

Note: Un formulaire de consentement est annexé au présent questionnaire pour les répondants qui acceptent d'être rencontrés pour une entrevue. Un montant supplémentaire de 20 \$ sera versé aux répondants(es) qui accepteront de nous rencontrer et que nous aurons choisis(es).

37. Si oui, à quel endroit désirez vous avoir la rencontre?

- | | | | |
|---|---------------------------------|---|--------------------------|
| - | à votre domicile | 1 | <input type="checkbox"/> |
| - | à l'extérieur de votre domicile | 2 | <input type="checkbox"/> |
| - | indifférent | 3 | <input type="checkbox"/> |

38. Si oui, à quel moment de la semaine?

- | | | | |
|---|---------------------------|---|--------------------------|
| - | n'importe quel moment | 1 | <input type="checkbox"/> |
| - | sur semaine le jour | 2 | <input type="checkbox"/> |
| - | sur semaine le soir | 3 | <input type="checkbox"/> |
| - | en fin de semaine le jour | 4 | <input type="checkbox"/> |
| - | en fin de semaine le soir | 5 | <input type="checkbox"/> |
| - | après entente | 6 | <input type="checkbox"/> |

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE COLLABORATION

NOTE: Veuillez s'il vous plaît, utiliser l'enveloppe-retour pour l'envoi de votre questionnaire complété le plus tôt possible.

Ce questionnaire a été conçu par Hugues Grenier, m.s.s., professeur au Département des sciences sociales et de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. L'échelle de mesure des événements et des changements de vie est une traduction de File (H.L. McCubbin, J.Patterson et L.R. Wilson, 1983) et l'échelle de mesure des attitudes et des comportements est une traduction de F. Copes (H.L. McCubbin, D.H. Olson, A.S. Larsen, 1981). La traduction et la validation en français de ces deux échelles de mesure ont été réalisées par Hugues Grenier.

ANNEXE F

F-COPES _____ 209

the same positive direction for both the analysis and the interpretation of results. Separate norms are available for adults and adolescents (male and female) for each F-COPES sub-scale and the total scale (see Table 13.3).

F-COPES Scales	29 Item Numbers
Acquiring Social Support (see Table 13.4). Nine items measure a family's ability to actively engage in acquiring support from relatives, friends, neighbors and extended family.	1,2,5,8,10,16,20,25,29
Reframing (see Table 13.5). This dimension with eight items, assesses the family's capability to redefine stressful events in order to make them more manageable.	3,7,11,13,15,19,22,24
Seeking Spiritual Support (see Table 13.6). Four items focus on the family's ability to acquire spiritual support.	14,23,27,30
Mobilizing Family to Acquire and Accept Help (see Table 13.7). The family's ability to seek out community resources and accept help from others is measured by these four items.	4,6,9,21
Passive Appraisal (see Table 13.8). Four items assess the family's ability to accept problematic issues minimizing reactivity. (*These items must be reversed when scoring.)	12*,17*,26*,28*

Tiré de: McCubbin, Olson, Larsen (1981) cité dans
Family Assessment Inventories, HAMILTON' H.I.
 et Thompson A.I., (1987, 1991).

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Par la présente, j'accepte d'être rencontré(e) pour une entrevue.

Bien entendu, je demeure libre de retirer ma participation à l'entrevue à n'importe quel moment.

Signature



FAMILY STRESS, COPING AND HEALTH PROJECT
School of Family Resources and Consumer Sciences
University of Wisconsin-Madison
1300 Linden Drive
Madison, Wisconsin 53706
608-262-5712

June 11, 1991

Hugues Grenier
- 1015 Avenue Abitibi
Val d'Or, Quebec
Canada J9P 2C4

Dear Mr. Grenier:

In your recent letter you asked if the permission letter you received for the F-COPES, FILE and A-FILE instruments would cover translating the instruments into French. Feel free to translate them into French. We would appreciate it if you would send us a copy for our files when you have completed the translation.

The manual, **Family Assessment Inventories for Research and Practice, Second Edition**, is now available. The publication is printed at the University of Wisconsin-Madison and edited by Hamilton I. McCubbin and Anne I. Thompson. A brochure is enclosed.

Please remember to send payment in U.S. Dollars as we had some trouble cashing your last check.

If I could be of any further assistance to you, please let me know.

Sincerely,


Hamilton I. McCubbin
Dean

HIM/kme

Enclosures



SCHOOL OF FAMILY RESOURCES AND CONSUMER SCIENCES

University of Wisconsin-Madison, 1300 Linden Drive Madison, WI 53706 608-262-4847, FAX 608-262-5335

OFFICE OF THE DEAN

February 22, 1991

Hugues Grenier
 Universite du Quebec
 en Abitibi-Temiscamingue
 1265 7e Rue
 Val d'Or, Quebec
 Canada J9P 3R9

Dear Professor Grenier:

I am pleased to give you my permission to use the **F-COPES: Family-Crisis Oriented Personal Evaluation Scales**, **FILE: Family Inventory of Life Events and Changes**, and the **A-FILE: Adolescent-Family Inventory of Life Events and Changes** instruments. We have a policy to charge \$5.00 (one time charge only) *per instrument* to individuals who seek permission. We apologize for this necessity. We also ask that you please fill out the enclosed abstract form and return it to this office.

The manual, **Family Assessment Inventories for Research and Practice**, should be cited when using the instruments. The publication was printed at the University of Wisconsin-Madison in 1987 and edited by Hamilton I. McCubbin and Anne I. Thompson. This manual which is distributed from our office is currently unavailable. The second edition of the book will be available in the spring of 1991. We are sorry for this inconvenience. Please contact our project office with any questions. It is not advisable to use the **Family Inventories** manual by David Olson to score the instruments due to errors in it's scoring section.

A sample copy of each instrument is enclosed. Additional copies can be obtained at this address for 10 cents each. When large quantities are requested, the cost of postage is also added to the order.

If I could be of any further assistance to you, please let me know.

Sincerely,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Hamilton I. McCubbin".

Hamilton I. McCubbin
 Dean